



مركز دراسات الوحدة العربية

سلسلة اطروحات الدكتوراه (٤٥)

إدراكات العقل العربي

الإرشاد والعلاج النفسي - أنموذج سمودي

الدكتور سلطان بن موسى المويضة

دراكات العقل العربي

الفهرسة أثناء النشر - إعداد مركز دراسات الوحدة العربية

العويضة، سلطان بن موسى

إدراكات العقل العربي: الإرشاد والعلاج النفسي - أنموذج

سعودي/سلطان بن موسى العويضة.

٢٥٢ ص. - (سلسلة أطروحات الدكتوراه؛ ٤٥)

ببليوغرافية : ص ٢٣٩ - ٢٤٧.

يشتمل على فهرس.

ISBN 9953 - 431 - 49 - 3

١. علم النفس - السعودية. ٢. العلاج النفسي - السعودية.

٣. الصحة النفسية - السعودية. ٤. الإرشاد النفسي - السعودية.

أ. العنوان. ب. السلسلة.

155.89538

«الآراء الواردة في هذا الكتاب لا تعبر بالضرورة

عن اتجاهات يتبناها مركز دراسات الوحدة العربية»

بناية «سادات تاور» شارع ليون ص.ب: ٦٠٠١ - ١١٣

الحمراء - بيروت ٢٠٩٠ ١١٠٣ - لبنان

تلفون : ٨٦٩١٦٤ - ٨٠١٥٨٢ - ٨٠١٥٨٧

برقياً: «مرعبي» - بيروت

فاكس : ٨٦٥٥٤٨ (٩٦١١)

e-mail: info@caus.org.lb

Web Site: http://www.caus.org.lb

حقوق الطبع والنشر محفوظة للمركز

الطبعة الأولى

بيروت، آذار/مارس ٢٠٠٣

الإهداء

إلى الصديق الأوفى.....
سعد بن سعود بن ماجد آل فهيد

سلطان

المحتويات

١١	قائمة الجداول
١٣	مقدمة
٢٣	الفصل الأول : طبيعة ووظائف الإرشاد والعلاج النفسي
٢٥	أولاً : ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي
٣٤	ثانياً : بعض الجوانب النظرية للإرشاد والعلاج النفسي
٣٨	١ - المنحى الدينامي النفسي
٤١	٢ - المنحى الخبراتي (الظاهراتي)
٥١	٣ - العلاج بالفعل الموجه ذهنياً وسلوكياً
٥٩	الفصل الثاني : الإرشاد والعلاج النفسي في السياق السعودي
٦٤	أولاً : المعتقدات السعودية التقليدية تجاه المرض النفسي
٦٦	ثانياً : بعض المشكلات النفسية لدى السعوديين
٦٨	ثالثاً : أساليب العلاج النفسي في السعودية
	رابعاً : إمكانية تطبيق نظريات العلاج النفسي الغربي
٧٢	في المجتمع السعودي
	الفصل الثالث : خدمات الإرشاد والعلاج النفسي
٧٥	في المملكة العربية السعودية
٧٧	أولاً : مؤسسات الصحة النفسية
٨٣	ثانياً : الخدمات الإرشادية والتعليم
٨٦	١ - الإرشاد في المدارس الحكومية
٩٢	٢ - الإرشاد في القطاع الجامعي
٩٥	الفصل الرابع : طريقة البحث
٩٧	أولاً : استراتيجية العمل الميداني

١٠٧	.....	ثانياً	: تصميم العمل الميداني للدراسة
١٠٧	.....	١ - أدوات جمع المعلومات	
١١٣	.....	٢ - معالجة البيانات	
١١٥	.....	الفصل الخامس: نتائج الاستبيان	
١١٧	.....	أولاً	: طبيعة العينة
١١٧	.....	١ - نتائج الجزء (أ) من الاستبيان	
١٢٣	.....	٢ - نتائج الجزء (ب)	
١٣٦	.....	٣ - نتائج الجزء (ج)	
١٤٦	.....	٤ - نتائج الجزء (د)	
		ثانياً	: هل التطور المستقبلي للخدمات الإرشادية
١٤٩	.....		سيساعد على تقوية المجتمع السعودي أم إضعافه؟
		ثالثاً	: توصيات بخصوص تطوير الخدمات الإرشادية
١٥٤	.....		في المملكة العربية السعودية
١٥٥	.....	١ - الوعي العام	
١٥٦	.....	٢ - التقدم في قطاع التربية	
١٥٦	.....	٣ - توافر أو جاهزية الخدمات الإرشادية	
١٥٨	.....	٤ - تدريب المرشد	
١٥٩	.....	٥ - الإسلام والإرشاد	
١٦٣	.....	الفصل السادس: نتائج المقابلة	
١٦٥	.....	أولاً	: الخبرة الشخصية في الإرشاد
١٦٧	.....	ثانياً	: الخبرة العائلية في الإرشاد
١٦٧	.....	ثالثاً	: مفاهيم الإرشاد النفسي
		رابعاً	: مقارنة الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة
١٧٣	.....		والعربية السعودية
		خامساً	: الطريق إلى أمام: اقتراحات لتطوير الخدمات الإرشادية
١٨٠	.....		في العربية السعودية
١٨٦	.....	سادساً	: ردود الفعل على الاستبيان
١٩١	.....	الفصل السابع	: تفسير النتائج
١٩٤	.....	أولاً	: إدراك الطالب الكلي للإرشاد والعلاج النفسي
١٩٩	.....	ثانياً	: تأثير الثقافة والتقاليد في الإدراكات

٢٠١	.....	ثالثاً : إدراكات الحاجة إلى الإرشاد
		رابعاً : تحسين الخدمات الإرشادية
٢٠٧	.....	والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية
٢١١	.....	الفصل الثامن : الاستنتاجات والتوصيات
٢١٣	.....	أولاً: محددات الدراسة
٢١٦	.....	ثانياً : الاستنتاجات
٢١٨	.....	ثالثاً : التوصيات
٢٢١	.....	رابعاً : مقترحات لدراسات بحثية إضافية
٢٢٥	.....	: الملحق
٢٢٧	.....	(١) الاستبيان
٢٣٦	.....	(٢) رسالة المتابعة
٢٣٧	.....	(٣) رسالة رسمية لتسهيل مهمة الباحث
٢٣٩	.....	المراجع
٢٤٩	.....	فهرس

قائمة الجداول

الرقم	الموضوع	الصفحة
١ - ١	تقدير النسبة المثوية للوقت الذي يقضيه «المرشد» و«المعالج النفسي» في نشاطهما المهني	٢٧
٢ - ١	ملخص عام لنماذج الإرشاد المعاصرة	٣٧
١ - ٣	حالات الاضطراب النفسي الجديدة وعدد الزيارات (وزارة الصحة - المستشفيات بحسب المناطق، ١٩٩٤)	٨١
٢ - ٣	المرضى الجدد المراجعون والمقيمون في أقسام الصحة النفسية في مستشفيات وزارة الصحة، ١٤١٣ و١٤١٤هـ (١٩٩٤م)	٨٢
٣ - ٣	الطلبة المسجلون في التعليم الخاص حسب نوع التعليم والجنس: ١٩٨٤/١٩٨٥ - ١٩٩٥/١٩٩٦	٨٥
٤ - ٣	التطور الكمي في مراكز التعليم الخاص خلال السنوات الخمس الماضية	٨٥
١ - ٥	المستجوبون حسب العمر والجنس	١١٩
٢ - ٥	المستجوبون حسب المنطقة	١١٩
٣ - ٥	المستجوبون على أساس حقل الدراسة	١١٩
٤ - ٥	التعرف الأولي على مفهوم الإرشاد على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس)	١٢٤
٥ - ٥	التعرف على فكرة الإرشاد على أساس المنطقة	١٢٤
٦ - ٥	الدولة التي تعرف فيها المستجوبون لأول مرة على فكرة	

- الإرشاد على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس) ١٢٥
- ٧ - ٥ مصدر التعرف على مفهوم الإرشاد على أساس العمر والجنس ١٢٥
- ٨ - ٥ الخبرة في الإرشاد على أساس العمر والجنس للمستجوبين ١٢٧
- ٩ - ٥ منظم الزيارة الإرشادية على أساس العمر والجنس للمستجوبين ١٢٧
- ١٠ - ٥ مكان الإرشاد على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس) ١٢٨
- ١١ - ٥ فهم الإرشاد منذ قدوم المستجوبين إلى المملكة المتحدة على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس) ١٢٩
- ١٢ - ٥ نصائح للأقارب والأصدقاء لطلب الإرشاد على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس) للمستجوبين ١٢٩
- ١٣ - ٥ الاستعداد لرؤية المرشد للطلبة على أساس العمر والجنس ١٣٠
- ١٤ - ٥ الاعتقاد بأن بعض حالات الأمراض النفسية بسبب مس روحي (شيطاني) على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس) ١٣١
- ١٥ - ٥ أفضل طريقة لمعالجة حالات المس الروحي (الشيطاني) على أساس العمر والجنس ١٣٢
- ١٦ - ٥ أفضليات زيادة تقديم الخدمة الإرشادية في المملكة العربية السعودية على أساس العمر والجنس ١٣٣
- ١٧ - ٥ (أ) أنواع الناس الذين يعتبرون أقل حاجة للإرشاد ١٣٤
- ١٧ - ٥ (ب) أنواع الناس الذين يعتبرون ذوي حاجة أكبر للإرشاد ١٣٥
- ١٧ - ٥ (ج) أناس بحاجة قوية جداً إلى الإرشاد ١٣٦
- ١٨ - ٥ (أ) مفاهيم عامة في الإرشاد ١٣٨
- ١٨ - ٥ (ب) مجالات الحاجة الملائمة للإرشاد ١٤٠
- ١٨ - ٥ (ج) شكل المرشد المثالي ١٤٢
- ١٨ - ٥ (د) أنواع الناس الذين هم بحاجة إلى الإرشاد ١٤٥

مقدمة

تُعنى هذه الدراسة بإدراكات السعوديين للإرشاد والعلاج النفسي. فخدمات الإرشاد والعلاج النفسي جزء من برنامج حكومة المملكة العربية السعودية الخاص بتقديم خدمات شاملة ومتطورة في مجالات كالصحة والتعليم للمواطنين. وقد قدمت مثل هذه الخدمات وما تزال لمواطني الدول المتقدمة. إن هذه الخدمات معدة لتقدم مساعدة ودعمًا للناس في مواجهتهم لمشكلاتهم على اختلاف مستوياتها بدءاً بالمشكلات البسيطة كتلك المتعلقة بالدراسة والتي قد تواجه تلميذ المدرسة أو طالب الجامعة وانتهاءً بالمشكلات النفسية الأكثر تعقيداً كالأضطرابات العقلية والانفعالية التي تتطلب تدخلاً مهنيًا متخصصاً^(١).

تقليدياً، يلجأ هؤلاء المرضى، وخصوصاً أولئك الذين يعانون مشكلات بسيطة، إلى طلب المساعدة من الأهل والأصدقاء المقربين ومن الحي كذلك، بما يتضمنه من شبكة علاقات دينية. أما في ما يتعلق بالحالات الأكثر حدة، فقد كانت المجتمعات تقوم بعزلها في مؤسسات خاصة، وذلك لراحة أفرادها، ولوقاية المجتمع من أذاهم. بعضهم كان يتلقى الرعاية من الأهل إذا كانت الحالة لأي من أفراد المجتمع أو للمريض نفسه^(٢). فقد كانت نظرة هذه

(١) Duane Brown and Linda Brooks and Associates, *Career Choice and Development*, (١) Jossey-Bass Management Series, Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series (San Francisco; London: Jossey-Bass Publishers, 1987); Edwin L. Herr and Stanley H. Cramer, *Career Guidance and Counseling through the Life Span: Systematic Approaches*, 3rd ed. (Glenview, IL: Scott, Foresman/Little, Brown College Division, 1988), and Derald Wing Sue and David Sue, *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice*, 2nd ed. (New York: Wiley, 1990).

(٢) Duane P. Schultz and Sydney Ellen Schultz, *A History of Modern Psychology*, 4th ed. (٢) (San Diego: Harcourt Brace Jovanovich, 1987).

المجتمعات إلى هؤلاء أنهم «ملبسون أرواحاً شيطانية»، أو أن حالتهم تجلب العار إما لهم أو لعائلاتهم. حيث يعدّ وجود واحد من هؤلاء في العائلة مصدر خجل (انظر الفصل الثاني).

بدأت التطورات في مجالات الطب والطب النفسي وعلم النفس بتقديم العون لهؤلاء المرضى ليس فقط في ما يتعلق بمسألة إزالة الأعراض بل في حالات كثيرة قامت بتقديم علاج دائم لتلك الحالات. وساهمت تلك التطورات أيضاً في مواجهة الاتجاهات والعصبيات ضد المرض النفسي^(٣).

وفي الوقت نفسه فإن المجتمعات قد تعقدت طبيعتها أكثر فإرضاء على أعضائها متطلبات أكثر في ما يخص المهارات والمهن، ولا سيما إذا توافر لهم النجاح اجتماعياً واقتصادياً. إن إيقاعات الحياة المعاصرة قد أدت إلى مناقشة العديد من الموروثات الثقافية. وقد ولدت هذه التغيرات الجذرية كثيراً من الضغوط النفسية لدى الأفراد، فما كان أمامهم إلا أحد أمرين: إما أن يتصارعوا مع هذه التغيرات أو أن يتعايشوا معها^(٤).

وكلما تعقدت المجتمعات أصبح أفرادها أكثر اعتماداً على الآخرين في كسب مهارات محددة، وخدمات، ومعلومات، ونصائح. فلم يعد بمقدور العائلة، أو الحي، ولا سيما هؤلاء البارزين منهم، تقديم العون، والمعرفة اللازمين للأفراد وذلك لتعقد المجتمع. وهكذا فقد أفرز هذا الواقع كثيراً من التوترات والضغوط النفسية^(٥).

Jeremy Holmes, *Between Art and Science: Essays in Psychotherapy and Psychiatry* (٣) (London; New York: Tavistock/Routledge, 1993).

D. L. Shymko, «The Counsellor and Changing Canadian Sexual Mores,» (٤) *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 2 (1979), pp. 153-160; A. M. Soliman: «The Counsellor as an Agent of Change: Some Implications for Developing Countries,» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 4 (1981), pp. 215-225, and «Status, Rationale and Development of Counselling in the Arab Countries: Views of Participants at a Counselling Conference,» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 10 (1987), pp. 131-141.

M. J. Lamberts, D. A. Shapiro and A. E. Bergin, «The Effectiveness of (٥) Psychotherapy,» in: Sol L. Garfield and Allen E. Bergin, eds., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd ed. (New York: Wiley, 1986), and B. Madsen, «Occupational Guidance and Social Change,» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 9 (1986), pp. 97-112.

في هذا «المناخ» نمت خدمات الإرشاد والعلاج النفسي محاولة تقديم النصح والمساعدة بشكل مهني، وعلى مستويات عدة بدءاً بالمشكلات البسيطة وانتهاء بعلاج الحالات الأكثر تعقيداً بهدف مساعدة الناس على التكيف وتجاوز مشاعر الدونية المؤثرة في نوعية العطاء في حياتهم^(٦).

تبحث هذه الدراسة في الإرشاد والعلاج النفسي كما يُدركان من قبل الطلاب العرب (السعوديين) وتحديدًا طلاب الدراسات العليا السعوديين في بريطانيا. وهناك اعتبارات عدة وراء بحث إدراكات هذه الفئة:

أولاً: تمثل هذه الفئة أكثر شرائح المجتمع السعودي تعلمًا، وعليه فهي الأكثر قدرة على إعطاء آراء ووجهات نظر حول مجال ما زال في طور النمو في السعودية. ويُفترض أن يسمح لهم تعلمهم بالقدرة على تحليل الأفكار وفصل التقاليد والخرافة عن المنطق.

ثانياً: كما يُرى في الفصل الثالث، ارتبط نمو خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية بنمو نظام التعليم المعاصر الذي جاء لمساعدة الشباب السعودي على مواجهة متطلبات الحياة المعاصرة بشكل يتسق ومبادئ الإسلام المتأصلة في قلب المجتمع السعودي. وقد خُطت خدمات الإرشاد التربوي خطوات طيبة في كل من التعليم العام والجامعي، وكذلك هناك تطور في قطاع خدمات الصحة النفسية (انظر الفصل الثالث). وعليه، فإن الطلاب موضوع البحث ربما يكونون قد مروا بخبرات مباشرة أو غير مباشرة أعطتهم فكرة عن ماهية الإرشاد النفسي.

ثالثاً: كما ذكرنا سالفًا، فإن خدمات الإرشاد والعلاج النفسي قد عرفت منذ زمن في الدول المتقدمة، وكثير من النظريات والطرق قد طبق واختبر هناك. فقرار البحث عن عينة طلاب الدراسات العليا في بريطانيا جاء في ضوء هذه المسألة، إذ إن وجودهم في بلد متقدم، ودراستهم العلوم العالية هناك، وانفتاحهم على الثقافة الغربية بالمعنى الواسع واحتمال شمولهم بالخدمات المقدمة في الغرب يجعل منهم الأكثر قدرة على الحكم وتقدير

R. C. Day, «Attitudes towards Counselling in the Middle East,» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 6 (1983), pp. 143-152, and J. C. Moracco, «Counselling: A View from the Middle East,» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 3 (1978), pp. 199-208.

احتمالية تطبيق طرق وأساليب مشابهة في المجتمع السعودي.

رابعاً: قرار اختيار هذه العينة تأثر بالوقت والإمكانات المتاحة لأي تدريب بحثي. فالباحث نفسه كان يدرس في بريطانيا، وعليه فإن قرار اختيار عينة بحثه لتكون من بين زملائه يبدو منطقياً وعملياً.

إن كل ما يأمله الباحث هو بحث مقدار الوعي بالإرشاد والعلاج النفسي عند هذه المجموعة من الطلاب، والتعرف على خبراتهم الشخصية وأفكارهم ورؤاهم حول القضايا ذات العلاقة بالإرشاد والعلاج النفسي. وإذا كان لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي أن تنمو بشكل فاعل في المجتمع السعودي، فإن لوجهات نظر الشريحة المتعلمة من المجتمع، سواء أكانت سلبية أم إيجابية، ما قد يساعد على التعرف على ما يجب أن يفعل لإقناع السواد الأعظم من المجتمع السعودي بحقيقة ما يمكن أن تقدمه مثل هذه الخدمات وفائدتها. وبالدرجة نفسها، إذا كانت هذه المجموعة تعتقد أن تطبيق النظرية والأساليب الإرشادية ما زال غير مجدي في المجتمع السعودي بسبب الثقافة والتقاليد، فعلى الخدمات الحالية التفكير بشكل جدي في كيفية تطوير توجهاتها ليكون للخدمات أكبر قدر ممكن من التأثير في المجتمع.

وكما هو الحال في أي دولة نامية، هناك كثير من المجالات في حياة السعوديين التي قد تستفيد من التدخل المهني مثل مجالات النمو الفردي والزواج والجنس والعلاقات الشخصية والعادات الدراسية وصعوبات التعلم والاختيار المهني وغيرها. ومع ذلك فإن طلب المساعدة الإرشادية والعلاجية يمثل إشكالية لدى معظم السعوديين. ربما يكون وراء ذلك التردد إدراك خاطيء لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي. من هنا، تهدف الدراسة الحالية إلى كشف مدارك ورؤى الطلاب السعوديين في بريطانيا. وفي ضوء ذلك تقدم الاقتراحات والتوصيات التي قد تساعد في زيادة الوعي الجماعي، وكذلك تقبل ما تستطيع خدمات الإرشاد والعلاج النفسي تقديمه إلى الذين هم بحاجة إلى هذه الخدمات.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

١ - الكشف عن طبيعة الإرشاد والعلاج النفسي من الجانبين النظري

والعملي، مع التركيز على خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية.

٢ - الكشف عن:

أ - إدراك طلاب الدراسات العليا السعوديين في بريطانيا للإرشاد والعلاج النفسي.

ب - مدى تعرض هؤلاء لخبرة الإرشاد والعلاج النفسي في السعودية أو بريطانيا.

ج - مدى دعم هؤلاء لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي في السعودية.

د - القضايا التي يرى هؤلاء الطلبة قبولها أو رفضها من قبل السعوديين بشكل عام.

٣ - محاولة التوصل إلى عدد من التوصيات والاقتراحات المتعلقة بخدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية، خصوصاً ما يتعلق بمدارك السعوديين بشكل عام وقبولهم لهذه الخدمات.

٤ - تقييم مدى صلاحية أدوات البحث المستخدمة في هذا البحث لدراسة إدراكات السعوديين بشكل عام.

وقبل البدء بعرض بنية هذه الدراسة قد يكون من المحدي عرض تعريف الإرشاد والعلاج النفسي بحكم أنهما يمثلان قلب هذه الدراسة.

تعريف الإرشاد والعلاج النفسي

على الرغم من وجود تعريفات مختلفة للإرشاد والعلاج النفسي، فكثيراً ما يستعمل المصطلحان بشكل تبادلي، ربما لأنهما لا يعبران عن هويتين منفصلتين. تأمل، على سبيل المثال، تعريفات القاموس التالية للمصطلحين:

«الإرشاد: عملية مساعدة وتوجيه العملاء خصوصاً عن طريق شخص مؤهل على أساس مهني وخصوصاً لحل صعوبات ومشكلات شخصية واجتماعية أو نفسية».

«العلاج النفسي: علاج الاضطراب النفسي بوسائل نفسية»^(٧).

R. E. Allen, ed., *The Concise Oxford Dictionary*, 8th ed. (Oxford: Clarendon Press; (٧) New York: Oxford University Press, 1990).

وربما يشير تعريف الإرشاد بحسب قاموس أكسفورد إلى وجود علاقة تجارية بين الشخص الذي يعاني وبين مقدم الخدمة الإرشادية «عملية مساعدة وتوجيه العملاء»، بينما يركز تعريف العلاج النفسي على مسألة «العلاج». فكما يطلب الناس مساعدة المتخصصين ونصحهم في المسائل المالية أو التوجيه المهني، كذلك الحال بالنسبة إلى الإرشاد حيث يطرق الناس بابه لحل مشكلة «شخصية» محددة. ونجد في منشور خاص بالجمعية البريطانية للإرشاد استخداماً لغويًا مشابهاً يشير إلى الإرشاد على أنه^(٨):

«علاقة تطوعية مقصودة بين المرشد والمسترشد، تختلف عن أنواع المساعدة الأخرى».

«الإرشاد هو تقديم الفرصة للمسترشد للعمل على تحقيق عيش أكثر رضئاً وبطريقة بناءة».

ويشير قاموس أكسفورد أيضاً إلى «المشكلات النفسية» التي من الممكن النظر إليها على أنها جزء من الإرشاد. ولكن تعريف العلاج النفسي، من الناحية الأخرى، يؤكد الجانب الطبي، وذلك في إشارته إلى «علاج الاضطرابات النفسية بواسطة وسائل نفسية»، مقترحاً بذلك أن الحالة أو المشكلة موضوع العلاج تكون إما حادة أو ربما بتحديد أكثر دقة، مشكلة مرتبطة بالعقل.

لقد جاءت الصيغة المهنية صريحة في تعريف الإرشاد وضمنية في تعريف العلاج النفسي حيث تجلّ الجانب «الطبي» واضحاً في تعريف العلاج النفسي. وهناك تعريفان في القاموس آخراّن لهما صلة بذلك، ويفترض إلقاء الضوء عليهما، وهما:

«العلاج: معالجة الاضطرابات الجسدية أو النفسية، بشكل غير جراحي».

«علاجي: الإضافة العامة ولا سيما في ما يتعلق بالصحة النفسية»^(٩).

«Counselling: Some Questions Answered,» *Language Learning Journal: Journal of the Association for Language Learning* (Rugby, British Association for Counselling), CV21 2PN (April 1994).

Allen, ed., Ibid.

(٩)

وعلى الرغم من اشتغال العلاج على معالجة البدن، كما في العلاج الطبيعي، فإن العنصر المهم في هذه المناقشة هو «العلاج ل... الاضطرابات النفسية، بشكل غير جراحي». التعريف الثاني، خصوصاً لإشارته ل «إضافة إلى ... الصحة النفسية» قد ينظر إليه على أنه مُساند في الربط بين الإرشاد والعلاج النفسي. فكلاهما يهتم بحل مشاكل مؤثرة في المريض/العميل، بشكل مهني، وبدون استعمال الجراحة.

وإذا نظرنا إلى التعريفات في أدبيات التخصص، نجد أن التداخل في تعريفات الإرشاد والعلاج النفسي واضحة. تأمل التعريفات التالية:

«الإرشاد هو عملية نفسية سواء أنظر إليه على أنه علاقة مساعدة، تتميز بشروط أساسية، أم أنه عبارة عن مجموعة أنشطة وطرق مشتقة من خلفيات نظرية مختلفة»^(١٠).

«الإرشاد هو عملية ذات وجهة تعليمية، يُقدم بشكل مبسط، من شخص إلى شخص في بيئة اجتماعية، يكون فيها المرشد متمكناً من المهارات ومن المعرفة النفسية ذات العلاقة، ويسعى لمساعدة العميل، بطرق مناسبة لحاجات العميل في إطار برنامج شخصي شامل، ليتعلم أكثر عن نفسه وليقبل نفسه، ولتعلم كيف يضع هذا الفهم بشكل فعال في ما يتعلق بأهداف مدركة بوضوح وواقعية لتكون المحصلة النهائية أن يصبح العميل أكثر سعادة وأكثر إنتاجية كعضو في المجتمع»^(١١).

«العلاج النفسي هو أي عملية إعادة تربية تهدف إلى مساعدة شخص مضطرب بواسطة استخدام التدخل النفسي بشكل أساسي على عكس العلاج الجسدي بوصف العقاقير»^(١٢).

أشار كورسيني (Corsini) إلى التشابه بين الإرشاد والعلاج النفسي:

«... الفروق كمية وليست نوعية وليس هناك حقيقة اختلافات جوهرية

R. Nelson-Jones, *The Theory and Practice of Counseling Psychology* (London: (١٠) Cassell Educational Ltd., 1993), p. 2.

Gary S. Belkin, *Practical Counseling in the Schools* (Dubuque, Iowa: W. C. Brown (١١) Co. Publishers, [1975]), p. 43.

Frank J. Bruno, *Dictionary of Key Words in Psychology* (London; Boston, MA: (١٢) Routledge and K. Paul, 1986), p. 185.

بين الإرشاد والعلاج النفسي»^(١٣).

ويشيد علم النفس الإرشادي بالإرشاد والعلاج النفسي، كما يوضح ذلك التعريف التالي:

«من الممكن تعريف علم النفس الإرشادي بأنه أكثر تخصصات علم النفس التطبيقية اتساعاً. فقد يعمل المتخصصون به في مراكز خدمة المجتمع، والمدارس، والمستشفيات أو المصانع. وقد يمارسون الإرشاد أو العلاج النفسي، وقد يهتمون بالتربية أو تنمية البرامج أو إدارة أنشطة المجتمع المختلفة»^(١٤).

ويُقدم التعريف أيضاً تذكيراً بالمجالات المتعددة التي تعمل فيها خدمات الإرشاد والعلاج النفسي. ويقدم منطقاً متكاملًا للخدمات المبنية على مبادئ متشابهة تهدف إلى أهداف متشابهة، «صحة المريض»، ولكن تستجيب لجوانب مختلفة من الحاجة.

تتكون هذه الدراسة من ثمانية فصول. تخدم هذه المقدمة كمدخل للدراسة بشكل عام، موضحة أهداف الدراسة، ولماذا تعتبر مهمة، كما تقدم توضيحاً لتعريفات الإرشاد والعلاج النفسي.

أما الفصل الأول، فيهتم بطبيعة ووظيفة الإرشاد والعلاج النفسي. فيناقش ممارسة العلاج النفسي، وبعض الجوانب النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي.

ويركز الفصل الثاني على الإرشاد والعلاج النفسي كما يمارسان في المملكة العربية السعودية، حيث يقدم خلفية تاريخية وثقافية للمجتمع العربي السعودي بما في ذلك المعتقدات المتعلقة بالمرض النفسي والعلاج النفسي. ويتعرض هذا الفصل إلى بعض المشكلات النفسية التي يعانيها السعوديون. كما يناقش طرق السعوديين في العلاج النفسي. وأخيراً، يناقش هذا الفصل تطبيق نظريات العلاج النفسي الغربي على المجتمع السعودي.

Current Psychotherapies, [compiled by] Raymond J. Corsini and Danny Wedding (١٣) with the assistance of Judith W. McMahon, 4th ed. (Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, 1989), p. 2.

A. E. Ivey, «Counselling Psychology: The Most Broadly Applied Psychology (١٤) Speciality.» *Counseling Psychologist*, vol. 8, no. 3 (1979), pp. 3-6.

ويفحص الفصل الثالث مهنة خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية، بما في ذلك مؤسسات الصحة النفسية، وعيادات القطاع الخاص، وبعض المؤسسات الحكومية، وقطاع التعليم الجامعي والتعليم العام للبنين والبنات.

ويهتم الفصل الرابع بمنهجية البحث المستخدمة في هذه الدراسة، حيث يصف العمليات المستخدمة في الميدان، بما في ذلك إعداد الأدوات، وجمع المعلومات وتحليلها.

ويعرض الفصل الخامس نتائج الاستبانة، والفصل السادس نتائج المقابلات التكميلية. إن نتائج هذين المصدرين قد قدمت منفصلة. ويعود السبب في ذلك إلى أن بناء الاستبانة والمقابلات بناء مختلف. فعلى الرغم من أنهما قد تناولوا قضايا متشابهة، إلا أن طريقة التغطية كانت مختلفة. فهناك مقابلات متعمقة مع أحد عشر طالباً سعودياً ممن تطوعوا لإجراء المقابلة حين قاموا بتعبئة الاستبانة. وتناولت هذه المقابلات قضايا متنوعة مرتبطة بالإرشاد والعلاج النفسي، بما في ذلك خبرات المقابلين الشخصية بالإرشاد، أفكارهم وآراؤهم في تنمية خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية، ووجهة نظرهم في الاستبانة.

أما تفسير النتائج فقد جاء في الفصل السابع، والاستنتاجات جاءت في الفصل الثامن، وكذلك الاقتراحات والتوصيات المتعلقة بخدمات الإرشاد والعلاج النفسي وتلك المتعلقة بالأبحاث المستقبلية.

لقد كانت هذه مقدمة للدراسة بشكل عام. والآن فإنه من المناسب تناول طبيعة ووظيفة الإرشاد والعلاج النفسي. وهذا هو موضوع الفصل الأول.

الفصل الأول

طبيعة ووظائف الإرشاد والعلاج النفسي

هذا الفصل هو الأول من ثلاثة فصول متعلقة بتحديد مظاهر الإرشاد والعلاج النفسي. وهذه الفصول جميعها تهدف إلى إعطاء إطارين: نظري وعملي للدراسة. فبينما يتطرق هذا الفصل إلى طبيعتي الإرشاد والعلاج النفسي بمعانيهما الواسعة، فإن الفصلين التاليين يركزان على الإطار السعودي العربي: الفصل الثاني يستكشف الخلفية التاريخية والثقافية للاضطرابات النفسية في السعودية والموضوعات ذات العلاقة، والفصل الثالث إلى خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية.

وهذا الفصل الذي يمكن النظر إليه كمقدمة لهذه الفصول، هو عبارة عن جزأين: أحدهما يتطرق إلى ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي، والآخر يتطرق إلى الجوانب النظرية للإرشاد والعلاج النفسي.

أولاً: ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي

يتم التركيز هنا على طبيعتي الإرشاد والعلاج النفسي بالتعرض لممارساتهما، وتقديم نبذة مختصرة عن الجذور التاريخية لتطور الإرشاد والعلاج النفسي.

ويجري التطرق أيضاً إلى موضوع «الجلسات العلاجية» التي يتم فيها الإرشاد والعلاج النفسي.

وبالتركيز على معنى كلمة العلاج النفسي، يمكن أن يستخلص الفرد أنها متعلقة بتقديم علاج لشخص مريض أو مضطرب عقلياً. وهذا، بالطبع، يتطلب معالجاً وجلسات يتم فيها العلاج النفسي. ولعل من المفيد، كمقدمة لمناقشة ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي، أن نعود إلى التعريفات التي تمت مناقشتها في المقدمة وأن نستكشفها أكثر.

لا يوجد تعريف مقبول عالمياً للعلاج النفسي. فالطبيب النفسي، والذي يبدأ تدريبه المهني بدراسة رسمية للطب وينخرط في فترة لاحقة في معالجة النفس، يمارس علاجاً نفسياً. والمعالج النفسي الإكلينيكي الذي يستقبل أشخاصاً مضطربين عقلياً يمارس العلاج النفسي. والمرشدون في حالات معينة ربما يمارسون، أيضاً، العلاج النفسي.

وتعريف العلاج النفسي التالي تم تقديمه سابقاً كمثال: «العلاج النفسي هو أي عملية إعادة تدريب تهدف إلى مساعدة شخص مضطرب عن طريق استعمال التدخلات النفسية الأولية على العكس من العلاج الجسدي مثل الوصفات الدوائية»^(١).

ويستعمل بعض المؤلفين كلمة علاج للدلالة على العلاج النفسي، ولكن السؤال الذي يبقى مفتوحاً للنقاش في البحوث هو ما إذا كان العلاج النفسي والإرشاد شيئاً واحداً أم لا^(٢).

ويستعمل بعض المؤلفين المصطلح بطريقة تبادلية^(٣)، ويرى آخرون أن هناك القليل من المساواة بين الإرشاد والعلاج النفسي^(٤)، ففي ما كتبه عام (١٩٨٩) عن العلاج الأدلري، يرى موساك (Mosak) أن: «أنصار العلاج الأدلري» يفرقون بين العلاج النفسي والإرشاد^(٥). ويؤكدون أن العلاج النفسي يهدف إلى تغيير نمط الحياة، بينما يهدف الإرشاد إلى تغيير السلوك

Frank J. Bruno, *Dictionary of Key Words in Psychology* (London; Boston, MA: (١) Routledge and K. Paul, 1986), p. 185.

(٢) انظر على سبيل المثال: Gary S. Belkin, *Introduction to Counseling*, 3rd ed. (Dubuque, Iowa: W. C. Brown Co. Publishers, 1988); Rickey George and Therese S. Cristiani, *Counseling: Theory and Practice*, 3rd ed. (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1990), and C. H. Patterson, *Theories of Counseling and Psychotherapy*, 3rd ed. (New York: Harper and Row, 1980).

C. H. Patterson, *Theories of Counseling and Psychotherapy*, 4th ed. (New York: (٣) Harper and Row, 1986), and M. E. Hahn, «Conceptual Trends in Counselling,» *Personnel and Guidance Journal*, vol. 31 (1953), pp. 231-235.

George and Cristiani, Ibid. (٤)

R. Dreikurs, «The Adlerian Approach to Therapy,» in: Morris I. Stein, ed., (٥) *Contemporary Psychotherapies* (Glencoe, IL: Free Press, 1961), pp. 80-94, and Arthur G. Nikelly, «Basic Process in Psychotherapy,» in: *Techniques for Behavior Change; Applications of Adlerian Theory*, compiled and edited by Arthur G. Nikelly; foreword by Alexandra Adler; epilogue by Rudolf Dreikurs (Springfield, IL: Thomas, [1971]), pp. 27-32.

ضمن نمط الحياة القائم»^(٦).

ولا يمكن التفريق بوضوح بين الإرشاد والعلاج النفسي، من وجهة نظر هان (١٩٥٣): فالفروق موجودة ولكن توجد بينهما نقاط جوهرية مشتركة. ويبين كورسيني (Corsini)، كما يتضح من الجدول رقم (١ - ١)، أن المعالج النفسي والمرشد يقومان بالإجراءات نفسها في ما يختص بالعلاج. يقول كورسيني: «كما يتضح أن الفروق كمية وليست نوعية وأنه لا توجد في الحقيقة فروق جوهرية بين الإرشاد والعلاج النفسي»^(٧).

الجدول رقم (١ - ١)

تقدير النسبة المئوية للوقت الذي يقضيه «المرشد» و«المعالج النفسي» في نشاطهما المهني

العملية	الإرشاد	العلاج النفسي
الإنصات	٢٠	٦٠
التساؤل	١٠	١٥
التقييم	٥	٥
التفسير	١	٣
المساندة	٥	١٠
التوضيح	١٥	٥
الإخبار	٢٠	٣
النصح	١٠	٣
الأمر	٩	١

المصدر: Edgar F. Borgatta and William W. Lambert, eds., *Handbook of Personality Theory and Research* (Chicago, IL: Rand McNally, [1968]).

نقلاً عن: Raymond J. Corsini and Danny Wedding with the assistance of Judith W. McMahon, 4th ed. (Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, 1989), p. 2.

ويعبر باترسون كما نقل عنه ولكن (١٩٨٨) عن رأي مشابه: «ويستنتج

(٦) H. Mosak, «Adlerian Psychotherapy,» in: *Current Psychotherapies*, [Compiled by] Raymond J. Corsini and Danny Wedding with the assistance of Judith W. McMahon, 4th ed. (Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, 1989), p. 79.

(٧) المصدر نفسه، ص ٢.

أنه لا توجد فروق رئيسة بين الإرشاد والعلاج النفسي فيما يتعلق بطبيعة العلاقة، أو العملية، أو الوسائل والطرق، أو الأهداف، أو النتائج (عند النظر إليها بصورة عامة) أو حتى نوع العميل^(٨)، ويعبر ابراهيم عن رأي مشابه: ^(٩) «للإرشاد والعلاج النفسي وظائف متشابهة، أقصد، تخفيف الضيق أو الضجر، وإعادة دمج العميل في ثقافته، وتمكينه من الاستجابة للأدوار والتوقعات الثقافية. عموماً، يسهل الإرشاد وينمي استراتيجيات فعالة لحل المشكلات، ويتم العلاج النفسي بتغيير الأشخاص، وأنماط خبراتهم وسلوكهم، أي، شخصياتهم».

ففي أي جلسة علاجية نمطية، هناك الكثير من الاهتمامات التي يمكن تقديمها من قبل العميل/ المريض ويتطرق لها المعالج النفسي. ويمكن أن تتعلق هذه الاهتمامات بصورة نمطية بالاضطرابات الناجمة عن القلق، والاكتئاب، والعجز الجنسي، وصعوبة العلاقات، واضطراب النوم، والمشكلات الزوجية، وهكذا. ويعتبر جلبي (١٩٩٢) العلاج النفسي شكلاً من أشكال الطب النفسي الذي كان يتم استعماله في أوروبا في القرن التاسع عشر.

ومن أجل متابعة جذور الإرشاد والعلاج النفسي وكيف تطورت إلى الممارسة الحالية، يمكن القول ان الإنسان قد عرف شيئاً عن الإرشاد منذ أول وجوده على سطح الأرض. فأفراد الكهوف كانوا يرشدون بعضهم بعضاً في ما يتعلق ببقائهم في واقع صعب. ويمكن أن لا يكون ذلك الاسترشاد متعلقاً بمسائل عقلية من نوع تلك التي تم التطرق إليها في المقدمة ولكنها ربما كانت متعلقة بتنظيم الواجبات بينهم من أجل البقاء. وبمعنى آخر، يمكن اعتبار تلك الممارسات كبذور للتوجيه المهني الحديث، وهو شكل من أشكال الإرشاد الذي يمارس اليوم على نطاق واسع، أو يمكن اعتبارها الطرف الآخر من متصل علاج طرفه الآخر علاج الحالات الحادة من الاضطراب العقلي والقلق.

ويمكن إرجاع تاريخ علاج المضطربين عقلياً إلى القرون الوسطى حيث

Patterson, *Theories of Counseling and Psychotherapy*, p. 16.

(٨)

F. Ibrahim, «Cross-cultural Counselling and psychotherapy: An Existential- psychological Approach,» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 7 (1984), p. 159.

كانت معاملة المرضى العقلين للإنسانية، فكانت النظرة إليهم دونية، ويوجه اللوم إليهم على حالتهم. وكثيراً ما تعرضوا للعقاب البدني، وكان مفهوم المرضى العقلين خليطاً من مس الجان وسيطرة الأرواح الشريرة^(١٠). وهذا الحال المحزن والمثير للاكتئاب لهؤلاء الأفراد الذين يعانون اضطراباً عقلياً بقي دون تغيير في زمن النهضة. ويمدنا بورنغ، كما نقل عنه شولتز وشولتز (١٩٨٧)، بأحداث وخصائص الاتجاهات في تلك الفترة: «خلقت التغيرات الكبرى في البناء الاجتماعي في زمن النهضة شعوراً عاماً بالشك وعدم الأمن... أناساً يفتقدون إلى الأمن، غير متأكدين من المستقبل، محبطين من التغيرات، تجهزوا للقيام بالتخلص من تهديد الشيطان بتوزيع ضعيف التمييز للوم والعقاب. ثم، في ذلك الوقت، كانوا مستعدين لمطاردة الساحرات لأنهم كانوا خائفين، وفي القرن الخامس عشر قامت الكنيسة بذلك الدور. ففي عام ١٤٨٩، قام جاكوب سبرنغر وهينرتش كريمر، وهما راهبان دومينيكانيان، مستفيدين من اختراع أدوات الطباعة، بنشر كتاب يمكن أن تكون أفضل ترجمة له مطرقة الساحرة، حيث إن الكتاب كان مصمماً ليكون أداة للقضاء على الساحرات. والكتاب عبارة عن موسوعة عنيفة في السحر، وتعقب الساحرات، وإجراءات التحقيق بالتعذيب، وإصدار الأحكام... ويعتبر الكتاب السحر مرادفاً للهرطقة، وبالنسبة إلينا يعتبر السحر مرادفاً للاضطراب العقلي ويصف بعناية بعض أعراضه. وعلى مدى ثلاثمائة عام وفي تسع عشرة طبعة بقيت خلاصة الغل هذه، المصدر الرئيس والمرجع للمعرفة عن الهرطقة ومس الشيطان في الناس»^(١١).

ولم يطرأ على الحالة إلا تغير طفيف لا يذكر في القرن الثامن عشر. ولكن في القرن التاسع عشر بدأ في أوروبا والولايات المتحدة تغير في الاتجاه نحو الأشخاص الذين كانوا يعتبرون مضطربين عقلياً. وهذا قد يبدو مثيراً للدهشة، إذ إن بعض الطرق العلاجية المستخدمة التي تم توظيفها كانت مؤلمة جداً، مثل الكرسي الدوار الذي يدور بالمريض بسرعة عالية ينتج عنها غالباً

Duane P. Schultz and Sydney Ellen Schultz, *A History of Modern Psychology*, (١٠) 4th ed. (San Diego: Harcourt Brace Jovanovich, 1987).

Edwin Garrigues Boring, *A History of Experimental Psychology*, Century (١١) Psychology Series, 2nd ed. (New York: Appleton-Century-Crofts, [1950]), pp. 694-695.

ورد في: المصدر نفسه، ص ٢٩٢.

فقدان الوعي. هذه الطريقة العلاجية تم تطويرها من قِبَل بنجامين رَش (1745 - 1813)، وهو أول طبيب نفسي ممارس في الولايات المتحدة^(١٢).

ومن وجهة نظر شولتز وشولتز (1987)، كانت طريقة رَش العلاجية مبنية على اعتقاد أن سبب المرض العقلي هو وجود دم قليل أو كثير لدى المريض. وبالإضافة إلى الكرسي الدوار، قام باستعمال طرق أخرى مثل ضخ دم إلى المريض أو منه والعلاج بالصدمة، و«غمر» المريض في حوض ماء والإمسك برأسه تحت الماء لفترة من الزمن، واستعمال طرق تهدئة. ويعتبر رَش مخترع استعمال «كرسي التهدئة» والذي تُثبَّت فيه قطع خشبية كبيرة على رأس المريض ويجري الضغط عليه.

لقد كان هذا الإجراء مؤلماً جداً، حيث إن بعض المرضى تعرضوا لكسور في العظام نتيجة محاولة الهروب مما يشبه «مسكة المشد» على جماجمهم. قام رَش باستعمال هذه الطرق لاهتمامه بمعالجة المضطربين عقلياً الذين يُودَعون في مؤسسات الرعاية حيث نادراً ما كانوا يعالجون. ولهذا السبب أسس رَش أول مستشفى للطب النفسي في الولايات المتحدة ليكون مسؤولاً عن معالجة الأفراد المضطربين انفعالياً.

وخلال القرن التاسع عشر، كانت هناك مدرستان فكريتان في الطب النفسي: الجسدية والنفسية^(١٣). فبينما كانت المدرسة الجسدية تعتقد أن الأسباب الجسدية تقف خلف المرض العقلي، رأت المدرسة النفسية أن السلوك غير العادي هو نتيجة لعوامل نفسية. وكان استعمال التنويم المغناطيسي في التحقق من المرض العقلي وعلاجه يمثلان معلماً لتطور جديد في هذا الحقل. وكان فرانز أنتون ميسمر قد لفت انتباه أصحاب مهنة الطب إلى التنويم المغناطيسي في أواخر القرن التاسع عشر.

وفي إنكلترا أطلق جيمس بُريد (1795 - 1860) على الظاهرة التي تتصف بحالة التنويم «تنويم الأعصاب المغناطيسي». ومن هذا المصطلح تم لاحقاً اشتقاق مصطلح التنويم المغناطيسي. وفي فرنسا، قام مارتِن شاركو (1825 - 1893) بعلاج مرضى الهستيريا باستخدام التنويم المغناطيسي. ودفعت جهوده في علاج الهستيريا بالتنويم المغناطيسي الأكاديمية الفرنسية

Schultz and Schultz, Ibid.

(١٢)

(١٣) المصدر نفسه.

للعلوم إلى قبول التنويم المغناطيسي كشكل من أشكال المعالجة الطبية. وكانت هذه خطوة مهمة بالنسبة إلى أطباء الأعصاب لبدأوا بالبحث في الأسباب النفسية للمرض العقلي. ورفض بيير جانيه (١٨٥٩ - ١٩٤٧) فكرة أن الهستيريا اضطراب بدني ولكنها اضطراب عقلي. وأكد أهمية المفاهيم العقلية والنفسية مثل الذاكرة، وقوة اللاشعور. ويقال إن أفكاره استبقت كثيراً من أفكار فرويد^(١٤).

ومع أعمال شاركوه وجانيه في علاج المرض العقلي، ابتداءً تحول في التفكير من الجسدي إلى النفسي: و«شيئاً فشيئاً بدأ كثير من الناس بالتفكير من منظور علاج الاضطرابات الانفعالية عن طريق العقل بدلاً من الجسد، وكان مصطلح العلاج النفسي مقبولاً من قبل أن يبدأ فرويد نشر أفكاره»^(١٥).

حتى الآن، ركز هذا البحث المختصر للإرشاد والعلاج النفسي على المرضى المضطربين جداً. ولهذا، تم التركيز على الطب النفسي وبعض أبعاد الإرشاد فقط. وأصول الأبعاد الأخرى للإرشاد والعلاج النفسي، كما تُمارس اليوم، تعود إلى تطور التوجيه المهني في الولايات المتحدة في بداية العشرينيات من القرن العشرين. وهذا النوع من الإرشاد تطور من الحاجة إلى مساعدة المجندين الأمريكيين العائدين من المشاركة في الحرب العالمية الأولى بإعادة تأهيلهم للحياة المدنية.

أما الفروع الأخرى مثل الإرشاد الشخصي، والتربوي، والزوجي، فقد تطورت لاحقاً، عندما اتضحت فائدة طرق الإرشاد وتطورت مهارات «المتخصصين» المناسبة.

لذلك، عند فحص تاريخ الإرشاد والعلاج النفسي، يدرك الفرد أنه بدأ بمحاولات علاج أشخاص مضطربين للغاية. وهذا بدوره جعل من الضروري التفريق بين «حالات» عديدة ونوع التخصص النفسي المطلوب للتعامل معها. وبمعنى آخر، يمكن النظر إلى معاناة الاضطراب النفسي في إطار سلسلة من الحالات، والفرق بين حال التطور فرق في الدرجة لا في النوع. ربما تكون هذه الطبيعة النسبية للمرض العقلي أو العلاج النفسي وراء وجود عدة فروع أو تخصصات تهتم بتقديم الخدمات للمرضى العقلين.

(١٤) المصدر نفسه.

(١٥) المصدر نفسه، ص ٢٩٤.

وإحدى محاولات تصنيف مستويات العلاج النفسي هي الخاصة بكاولي (١٩٧٧)^(١٦)، فبالنسبة إلى كاولي، توجد ثلاثة مستويات من العلاج النفسي. المستويات الخارجية - التخفيف، والدعم، والإرشاد: «وهي أسس العلاج النفسي غير المنهجى والإرشاد والعلاج النفسي الإسنادي»^(١٧).

والمستويات المتوسطة هي المستويات التي يعمل عندها معظم الأطباء النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين، وتقتضي «توضيح المشكلات في إطار علاقة وطيدة، ومواجهة الدفاعات وتفسير الدوافع الأقل ادراكاً متى كان ذلك ملائماً»^(١٨)، والاستكشافات الأكثر عمقاً تركز على التفهم الانفعالي أكثر من التفهم العقلي: «ولذلك، فههدف العلاج في هذا المستوى الأعمق أكثر من مجرد تخفيف الأعراض؛ إنه تكامل وتغيير عمل الشخصية، على المستوى بين النفسي وبين الشخصي، نحو تكاملية، ونضح، وإشباع أكثر»^(١٩).

ويمكن أن نستخلص أن ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي يمكن أن تتضمن أحد الحقول التالية: الطب النفسي، وعلم النفس العيادي، وعلم النفس الإرشادي. فالطب النفسي تخصص يركز على تطبيق النموذج الطبي للعلاج. وفي هذا النموذج يعتبر التشخيص هو الخطوة الأولى لعلاج أي اضطراب. وعلى الرغم من أن هذا النموذج مناسب جداً عند التعامل مع المرض الجسدي، إلا أنه عرضة للنقد عند تطبيقه على المعاناة النفسية. والفلسفة القائمة خلف النموذج الطبي هي ما يميز الطب النفسي من علم النفس عندما يتعلق الأمر بممارسة العلاج النفسي^(٢٠). «يدمج علم النفس الإكلينيكي العلم، والنظرية، والممارسة لتحقيق الفهم، والتنبؤ، وتخفيف عسر التكيف، والإعاقة، وعدم الارتياح بالإضافة إلى تعزيز تكيف الإنسان، وتوافقه، ونموه الشخصي. ويركز علم النفس الإكلينيكي على الأوجه العقلية، والعاطفية، والحيوية، والنفسية، والاجتماعية، والسلوكية لتفاعل

Dennis Brown and Jonathan Pedder, *Introduction to Psychotherapy: An Outline of Psychodynamic Principles and Practice*, 2nd ed. (Kent, UK: Mackays of Chatham Ltd., 1991).

(١٧) المصدر نفسه، ص ٩١.

(١٨) المصدر نفسه، ص ٩٦.

(١٩) المصدر نفسه، ص ٩٩.

Judith Todd and Arthur C. Bohart, *Foundations of Clinical and Counseling Psychology*, 2nd ed. (London; New Jersey: Harper Collins College, 1994).

الإنسان عبر مسيرة الحياة، في ثقافات مختلفة، وفي كل المستويات الاجتماعية الاقتصادية»^(٢١).

وعلم النفس الإرشادي شبيه بالعيادي عدا أنه يهتم عموماً بالأشخاص الأقل اضطراباً، ويتطلب درجة الدكتوراه في علم النفس الإرشادي. كما يركز على مدارس معينة في العلاج النفسي مثل المتمركز حول الشخص^(٢٢). وينقل نيلسون - جونز (١٩٩٣) عن سوبر (١٩٧٧) قوله: «يميل المتخصصون في علم النفس الإكلينيكي إلى النظر في ما هو خطأ ويقومون بعلاجه. بينما يميل المتخصصون في علم النفس الإرشادي إلى النظر في ما هو صحيح وكيف تتم الاستفادة منه»^(٢٣).

ويمكن أن يقوم المتخصصون في علم النفس الإرشادي أيضاً، «بتقييم وإرشاد الأفراد أو المجموعات في ما يتعلق بمشكلاتهم، وخططهم المهنية، وأمور العلاقات عندهم، واختياراتهم الدراسية»^(٢٤). وتتم ممارسة العلاج النفسي في عيادات خاصة وفي مؤسسات الصحة العقلية. واعتماداً على توجه المعالج وعلى طبيعة ما يهم العميل، يمكن ممارسة العلاج النفسي في جلسات فردية أو جماعية. ويمكن أن يتم التنفيذ من قبل فريق من المتخصصين وقد يضم طبيباً نفسياً، واختصاصياً نفسياً، ومرشداً، وممرضاً، واختصاصي خدمة اجتماعية، وطبيباً.

والمرشد يمكن أن يكون خبيراً، أو ناصحاً، أو صديقاً، أو مساعداً، أو مدرساً، أو فرداً يُشُدُّ تقديم معلومات في أمر معين من أمور الحياة. وعلى أية حال، عند الحديث عن «دور المرشد»، هناك العديد من الأسئلة التي توجه في هذا السياق. فعلى سبيل المثال: ما نوع الإرشاد؟ ولمن؟ وما نوع التدريب الموجود لدى المرشد؟ ما اهتماماته المحددة؟ وما طبيعة الجلسات الإرشادية؟^(٢٥)

(٢١) من نشرة أنتجها فرع علم النفس الإكلينيكي التابع للجمعية الأمريكية لعلم النفس، نقلها عن:

المصدر نفسه، ص ٥.

(٢٢) المصدر نفسه، ص ٩.

R. Nelson-Jones, *The Theory and Practice of Counseling Psychology* (London: Cassell Educational Ltd., 1993), p. 5.

Todd and Bohart, *Ibid.*, p. 9. (٢٤)

Gerald Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 3rd ed. (٢٥) (Monterey, CA: Brooks/Cole Pub. Co., 1986).

ثانياً: بعض الجوانب النظرية للإرشاد والعلاج النفسي

لعل من المفيد أن نناقش بعض النظريات الأكثر شيوعاً في الإرشاد والعلاج النفسي والتي تلعب دوراً حيوياً في الممارسة. يقول غرين (١٩٨٩) حول فائدة نظريات الإرشاد: «تكمن فائدة النظريات في أنها تحاول تفسير أشياء لا تستطيع تفسير نفسها. هناك العديد من الأسئلة عن الطبيعة البشرية تتطلب أساساً نظرياً بدلاً من حقائق للإجابة عنها (على سبيل المثال، كيف يتعلم الأطفال المفاهيم الجديدة؟ لماذا يتعلق الرضع بمن يقدم لهم الرعاية؟ كيف تؤثر أساليب تنشئة الأطفال في نمو شخصياتهم؟) إن النظريات هي إحدى المعالم البارزة في العلم، وأهميتها راسخة إلى درجة أن النظريات نفسها تكون غالباً مركز الاهتمام من البحث العلمي»^(٢٦).

وبالطريقة نفسها ينبغي فهم الأسس النظرية التي تشكل أساس ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي^(٢٧). ولعل من المفيد في البداية أن نتطرق إلى جوهر النظرية. يعرف هول ولندزي (١٩٧٠) النظرية: «كتخمين أو فرضية عن الواقع لم تبرهن بعد بشكل حاسم، وحين يتم إثبات هذه النظرية تصبح حقيقة»^(٢٨).

والطريقة الأخرى هي أن تنظر إلى النظرية على أنها: «نموذج عقلي مصمم لتفسير ظاهرة ما والتنبؤ بها، والمقصود هنا السلوك الإنساني»^(٢٩). ويرى جونز (١٩٩٣) أن هناك أبعاداً متعددة يمكن في إطارها التفكير في نظريات السلوك الإنساني. فبعض النظريات تكون شمولية في محاولتها تفسير السلوك الإنساني والتنبؤ به. وقد يكون، بعض هذه النظريات محدداً، بمعنى أنها تركز على جزئية صغيرة من السلوك الإنساني. وبعد آخر هو تركيز النظرية على معاناة الإنسان والمرضى. وهناك أيضاً نظريات تركز على دورة حياة الإنسان مثل نظريات النمو في مرحلة الطفولة.

وهناك أيضاً وجهان يعتبر نيلسون - جونز أن لهما أهمية خاصة. وهذان

Michael Green, *Theories of Human Development: A Comparative Approach* (٢٦) (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1989), p. 1.

Nelson-Jones, *The Theory and Practice of Counseling Psychology*. (٢٧)

Calvin S. Hall and Gardner Lindzey, *Theories of Personality*, 2nd ed. (New York: Wiley, (٢٨) [1970]), p. 10.

Nelson-Jones, *Ibid.*, p. 6. (٢٩)

الوجهان هما: «الدرجة التي تضع فيها النظرية قاعدة للتدخل العملي الفعال والدرجة التي تستثير فيها النظرية تولد فرضيات بحثية قابلة للاختبار»^(٣٠).

ويرى درايدن (١٩٩٥) وزملاؤه أن: «النظرية مضمنة في الإرشاد، على الرغم من أنها قد لا تكون واضحة أو معبراً عنها بصراحة»^(٣١). ويقرر ليو (١٩٨٧)، كما نص على ذلك درايدن وزملاؤه، أن: «أي طريقة في الإرشاد يجب أن تكون مؤسسة على قاعدة نظرية متسقة داخلياً. ونعتقد أن المرشدين الذين يُنصَّبون أنفسهم للتدخل في حياة الآخرين، فمهما كان توجههم النظري، لا بد أن يكونوا قادرين على الأقل على مستوى التفكير، أن يفسروا لأنفسهم، وزملائهم، وعملائهم ماذا يحاولون أن يفعلوا، ولماذا يفعلون ذلك»^(٣٢).

إن كثيراً من نظريات الإرشاد تطورت عبر السنين. وكما سنلاحظ الآن، يحاول كوري (١٩٨٦) أن يشرح الإرشاد النفسي والعلاج النفسي من خلال النظريات أو الطرق الرئيسية. يرى ألبورت (١٩٦٢) أن النظريات النفسية التي تأسس عليها الإرشاد يمكن أن تقع في مجموعتين رئيسيتين:

- يُنظر إلى الإنسان على أنه كائن «استجابي»، كما في المدرسة السلوكية.
- يُنظر إلى الإنسان على أنه في الأعماق كائن «استجابي»، كما في التحليل النفسي.

- يُنظر إلى الإنسان على أنه كائن في طور «التكون»، كما في علم النفس الإنساني.

ويرى بلوك في كتابه: **ما هو العلاج النفسي؟** أنه توجد أكثر من مائة طريقة مختلفة للعلاج النفسي. وعينٌ كُتِّبَ آخرون رقماً أكبر من النظريات أو طرقاً يُفترض أنها مستقلة^(٣٣).

(٣٠) المصدر نفسه، ص ٦.

(٣١) Windy Dryden, Ian Horton and Dave Mearns, *Issues in Professional Counsellor Training*, Counsellor Trainer and Supervisor Series (London: Cassell Educational Ltd., 1995), p. 75.

(٣٢) المصدر نفسه، ص ٧٥.

(٣٣) انظر على سبيل المثال: Richie Herink, ed., *The Psychotherapy Handbook*, foreword by Daniel Goleman (New York: Meridian, 1980); Alan E. Kazdin, *Behavior Modification in Applied Settings*, Dorsey Series in Psychology, rev. ed. (Homewood, IL: Dorsey Press; Georgetown, Ont.: Irwin-Dorsey, 1980), and Raymond J. Corsini, ed., *Handbook of Innovative = Psychotherapies*, Wiley Series on Personality Processes; 0195-4008 (New York: Wiley, 1981).

ولعل من غير المفيد، في إطار المناقشة الحالية والدراسة ككل، متابعة الحوار حول عدد هذه الطرق. ومن المقترح، بدلاً من ذلك، أن نتأمل في طبيعة هذه النظريات أو الطرق، باستعمال تفسير كوري كقاعدة بدلاً من خريطة محددة. ونقطة البداية عند كوري (١٩٨٦)، كما هو الحال عند ألبورت، ثلاث مجموعات كما يلي: العلاج الدينامي، والعلاج الخبراتي (الظاهري)، والعلاج ذو التوجه الذهني والسلوكي «العلاج بالفعل». العلاج الدينامي مُثَّل بصورة رئيسة بالطريقة التحليلية. والطريقة الخبراتية تشمل العلاج الوجودي، والعلاج المتمركز حول الشخص، والعلاج الجشتملي «العلاج المتوجه نحو العلاقات». والطريقة ذات التوجه الذهني السلوكي «العلاج بالفعل» تشمل «العلاج الأدلري، وعلاج تحليل التعاملات، والعلاج السلوكي، والعلاج الانفعالي العقلاني. وفي ما يلي مناقشة مختصرة لكل نوع. عند تصنيفه لهذه الأنواع التسعة من العلاج في ثلاث مجموعات، يشير كوري (١٩٨٦) إلى أن: «الاختصاصيين يحتاجون إلى الالتفات إلى ما يشعر به عملاؤهم، وكيف يفكرون، وماذا يفعلون. وبهذا، يتوجب أن يتطرق العلاج الشامل إلى هذه الأوجه الثلاثة»^(٣٤).

ويعلّق على أنه من أجل القيام بعلاج شامل، فقد يكون من الضروري أن يتم التركيز على الأبعاد الإنسانية الثلاثة: الشعور، والتفكير، والفعل. ويضيف قائلاً: «بعض أنواع العلاج هذه يركز على الجوانب الخبراتية ودور الشعور في العلاج؛ وأخرى تؤكد الدور الذي يجب أن تلعبه العوامل الذهنية والتفكير، وتؤكد أخرى تنفيذ الخطط والتعلم عن طريق القيام بالفعل. وكل هذه الجوانب مجتمعة تشكل قاعدة لعلاج قوي، وتنحية أي من هذه الأبعاد بزيادة التركيز على عامل واحد من الخبرة الإنسانية يؤدي إلى طريقة علاجية ناقصة»^(٣٥).

وكما يتضح من الجدول رقم (١ - ٢)، تختلف هذه الأصناف في فلسفاتها عن الإنسان وطبيعته. والفروق الرئيسية هي في الطرائق والتطبيقات المتعلقة بكل صنف محدد. وتختلف طبيعة الإنسان بحسب النسيج الذي تراه مدرسة فكرية معينة. ووفقاً لذلك، تختلف الطرائق والتطبيقات لكل من هذه المدارس الفكرية.

= وقد كتب هرينك (Herink) عن ٢٠٠ طريقة للعلاج النفسي وكازدن (Kazdin) عن ٤٠٠ طريقة وكورسيني (Corsini) تحدث عن مئات المدارس المختلفة.

Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, p. 7.

(٣٤)

(٣٥) المصدر نفسه، ص ٧.

الجدول رقم (١ - ٢)
ملخص عام لنماذج الإرشاد المعاصرة

التموذج	ملخص
العلاج التحليلي	الشخصية الرئيسة: سيغموند فرويد. نظرية في نمو الشخصية، وفلسفة في طبيعة الإنسان، تركز هذه الطريقة في العلاج على العوامل اللاشعورية التي تحفز السلوك، وتولي اهتماماً لأحداث السنوات الست الأولى من الحياة كمحددات لنمو الشخصية لاحقاً.
العلاج الأدلري	الشخصية الرئيسة: ألفرد أدلر. وبعد أدلر، يعود الفضل لروودولف ديريكرس في نشر هذه الطريقة في الولايات المتحدة. وكنموذج نمائي يؤكد تولي المسؤولية، وصناعة الفرد مصيره، والبحث عن معنى وأهداف لإعطاء اتجاه معين في الحياة. المفاهيم الرئيسة مستعملة في معظم طرق العلاج المعاصرة الأخرى.
العلاج الوجودي	الشخصية الرئيسة: فيكتور فرانكل، وراللو ماي، وإيرفن يالوم. يتحفظ ضد الميل للنظر إلى العلاج كنظام محدد الطرائق. ويؤكد بناء العلاج على الظروف الأساسية لوجود الإنسان، مثل حرية الاختيار، والحرية، والمسؤولية لتشكيل حياة الفرد، وأحقية تقرير الفرد مصيره. يركز على نوعية العلاقة العلاجية بين شخصية والتي تكون وجهاً لوجه (Person-to-person).
العلاج المتمركز حول الشخص	المؤسس: كارل روجرز. طريقة غير توجيهية في الأصل تطورت خلال الأربعينيات من القرن العشرين كرد فعل للتحليل النفسي. تقوم على النظرة الذاتية للخبرة الإنسانية. تضع ثقة أكبر في العميل وتحمله مسؤولية أكبر في التعامل مع المشكلات.
العلاج الجشطلتي	المؤسس: فرتز بيرلز. علاج خبراتي يركز على الوعي والتكامل. تطور كرد فعل للعلاج التحليلي. يوحد بين وظائف الجسد والعقل.
تحليل التعامل (التحليل التبادلي)	المؤسس: إيريك بيرن. نموذج معاصر نحو الواجهة الذهنية والسلوكية. مصمّم لمساعدة الأفراد في تقييم القرارات الماضية في ضوء مدى ملاءمتها الحالية.
العلاج السلوكي	الشخصيات الرئيسة: باندورا، ولبلي، ولازاروس، وكازدن. تطبيق مبادئ التعلم لحل اضطرابات سلوكية محددة. تكون النتائج مفتوحة لاختبارات مستمرة. هذا النموذج يكون دائماً في طور التنقيح.
العلاج الانفعالي العقلاني	المؤسس: ألبرت إليس. نموذج علاجي تعليمي، ذهني موجه نحو العقل يؤكد دور أنظمة التفكير والاعتقاد كأساس للمشكلات الشخصية.
العلاج الواقعي	المؤسس: وليئم غلاسر. قصير المدى، مع التركيز على الحاضر. يؤكد قوة الشخص. وهو في الأساس، أسلوب يتمكّن العميل بواسطته من تعلم سلوك أكثر واقعية ويحقق ذلك النجاح.

المصدر: Gerald Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 3^d ed. (Monterey, CA: Brooks/Cole pub. Co., 1986), p. 6.

١ - المنحى الدينامي النفسي

يُمثّل المنحى الدينامي النفسي بصورة رئيسة بمدرسة التحليل النفسي . وفي تعريف المحلل يقول شيبيرد ولي (١٩٧٠): «المحلل النفسي، بالمعنى الحرفي، هو شخص درس في كلية الطب، وقضى سنة التمرين الطبي، وقضى ثلاث سنوات من العمل في مستشفى الصحة العقلية كطبيب نفسي متخصص، وخضع خمس سنوات أو أكثر للتدريب على التحليل النفسي وتم تحليله هو نفسه. ويعني هذا التدريب أنه من بين كل الذين يمارسون العلاج النفسي، فقد اكتسب المحلل النفسي، بفضل الزمن الذي قضاه في دراسة الحقل، أعلى منزلة»^(٣٦). ويتابع شيبيرد ولي قائلين: «لكن تعريفنا لكلمة «محلل» هو أكثر شمولاً. إنها تتألف من كل الأشخاص المحترفين الذين يقابلون أفراداً مضطربين انفعالياً ويحاولون مساعدتهم. وهذا، أيضاً، بدون تغير تعريف المريض للمحلل. سواء أكان المعالج الذي تمت مقابلاته اختصاصياً خدمة اجتماعية، أو اختصاصياً نفسياً، أو طبيباً، أو محللاً نفسياً، هو بالنسبة إلى المريض «محلي». وتلقي العلاج بواسطة محلل نفسي يكافئ تلقي العلاج بواسطة أكثر المعالجين تميزاً في الحقل»^(٣٧).

والمنحى التحليلي ينظر إلى الطبيعة الإنسانية على أنها محددة بواسطة قوى لاعقلانية، ودوافع لاشعورية، ودوافع غريزية وبيولوجية، وأحداث نفس - جنسية محددة خلال سني الحياة الأولى^(٣٨).

ويستعمل المحلل النفسي خمس طرائق علاجية رئيسة:

أ - طريقة التداعي الحر، والتي تعتبر طريقة حاسمة في التحليل النفسي. والفكرة التي تقف خلفها ببساطة هي الطلب من العميل الخاضع للتحليل أن يتكلم عن أي شيء يخطر في باله، بغض النظر عن مدى سخافة الأفكار أو ألمها. ووظيفة المحلل هي محاولة إيجاد تركيبة لهذه الأفكار وربما ربطها بخبرات الشخص السابقة أو بمعاناته الحالية.

ب - طريقة التفسير والتي تعني ترجمة المحلل لمواد العميل العلاجية.

Martin Shepard and Marjorie Lee, *Games Analysts Play* ([New York]: Berkley (٣٦) Medallion Books, [1970]), p. 20.

(٣٧) المصدر نفسه، ص ٢٠.

Corey, Ibid., p. 12.

(٣٨)

ويحاول المحلل أن يوضح للشخص خلفية سلوكه بالتركيز على أحلام العميل، وتداعيه الحر، ومقاومته، والعلاقة العلاجية نفسها^(٣٩). والأغراض من وظائف التفسير هي: «السماح للأنا باستيعاب مواد جديدة وتسريع عملية الكشف عن مواد لاشعورية أخرى»^(٤٠).

وعلى المحلل أن يختار الوقت الملائم للتفسيرات، وإلا فسيتم رفضها^(٤١).

ج - الطريقة التحليلية التي تشير إلى تفسير الأحلام. وهي طريقة مهمة جداً، لأنها تعيد إلى الضوء موادّ من اللاشعور. وفي رأي فرويد، الأحلام «هي الطريق الأفضل إلى اللاشعور»^(٤٢). فالأحلام تعبّر عن معظم مخاوف الفرد، وقلقه، ورغباته، وطموحاته. وربما تكون بعض هذه الرغبات غير مقبولة في الواقع، ولذلك يقال، أنها تُظهِرُ نفسها رمزياً في الأحلام. ولمحتوى الأحلام، في التحليل النفسي، مستويان: محتوَى خفي ومحتوى ظاهري. المحتوى الخفي ويتألف من كل المكونات المؤلدة التي تقبع مخفية في اللاشعور. والمحتوى الظاهري يُشار إليه على أنه «الحلم كما يظهر للحالم»^(٤٣).

د - طرق التحليل النفسي التي تتضمن تحليل المقاومة. وهي أي نشاط، شعورياً أكان أم لاشعورياً، أو اتجاه لدى الفرد الذي يخضع للتحليل والتي يمكن أن تمنع حدوث التغيير. والمفترض هو أنه يلفت نظر العميل إلى طبيعة مقاومته، فإنه سيكون قادراً على التعامل مع حالته، وأن يصبح واعياً ما يمنعه من التغيير.

هـ - طرق التحليل النفسي التي تتضمن تحليل التحويل. تشير الإزاحة إلى رد فعل العميل نحو المحلل بالأسلوب نفسه الذي يمارسه نحو الأشخاص المهمين، مثل الأب أو الأم. ويقال إن رد الفعل هذا يقع عندما تتسبب «أشياء العميل غير المحررة» في تشويه الحاضر ويكون رد فعله نحو المحلل بتلك الطريقة. والمنحى التحليلي يعتبر أن كل عميل سيطور لا محالة «عصاب

(٣٩) المصدر نفسه.

(٤٠) المصدر نفسه، ص ٣١.

(٤١) المصدر نفسه.

(٤٢) المصدر نفسه، ص ٣٥.

(٤٣) المصدر نفسه، ص ٣٥.

تحويل» لأن تشكيل عصاب العميل قد حدث خلال سنوات عمره الخمس الأولى.

ويقال إن المحللين الكلاسيكيين، من وجهة نظر التحليل النفسي، «يتخذون وضعاً مجهولاً، وهو ما يسمى أحياناً بطريقة «الشاشة الفارغة». ويقومون بقليل من التعبير عن الذات ويحافظون على حيادهم، لأنهم يحاولون أن ينموا علاقة تحويلية يقوم فيها العميل بالإسقاط عليهم»^(٤٤).

وفي الجلستين الأوليين من التحليل النفسي، يكون المحلل والعميل وجهاً لوجه. وسيكون المعالج فاعلاً ليستهل المقابلة بالسؤال عن معلومات عن خلفية العميل بما في ذلك تكوين عائلته، وخلفيته العلمية، وأسباب رغبته في التحليل، وهكذا.

ويقوم المحلل بجمع هذه المعلومات في الجلسة الأولى، والتي تسمى عادة «المقابلة الافتتاحية». ويفصل بين الجلستين الباقيتين عادة أسبوعان أو ثلاثة وتكونان متعلقتين بهوم المريض. بعد ذلك، يطلب المحلل من المريض أن يستلقي على الأريكة ويقول كل ما يخطر بباله بغض النظر عن مدى ألم أو شعور المريض بسخافة ما يقول. ويكون المعالج جالساً خلف المريض بحيث يستطيع رؤية المريض ولا يستطيع المريض رؤيته. وبصورة نمطية، يبقى المعالج هادئاً جداً، يُنصت بانتباه لما يقوله المريض ويقدم تفسيرات في اللحظة المناسبة، ويحاول تحليل طبيعة مقاومة المريض، وأحلامه. ويجابه المعالج المريض متى كان ذلك ملائماً.

ويستعمل المحللون النفسيون أيضاً الاتصال غير اللغوي، مثل الإيماءات، والاتصال العيني، وتعبيرات الوجه، وذلك غالباً لإيصال رسالة معينة لمرضاهم.

وفي ما يتعلق بتطبيق نظرية التحليل النفسي في الإرشاد، فمن دون شك، هذه النظرية أثرت كل فروع العلاج النفسي، وبخاصة تركيزها على أثر الخبرات المبكرة في تشكيل شخصية الفرد الراشد، ودور حيل النفس الدفاعية في تغيير واقع الفرد. ولكن لهذه النظرية حدودها حينما يتعلق الأمر بالإرشاد.

فعلى سبيل المثال، التحليل أسلوب في العلاج مكلف من عدة جوانب:

(٤٤) المصدر نفسه، ص ٤٤.

إنه يتطلب وقتاً كثيراً، ربما خمس سنوات من الجلسات الأسبوعية. ومن الواضح أنه ليس كل العملاء قادرين على تخصيص وقت كهذا للعلاج. والأمر الآخر الذي يجعل تطبيق التحليل النفسي محدوداً هو حقيقة كونه شكلاً من العلاج مكلفاً مادياً. فعلى سبيل المثال، وجد الباحث بخبرته الشخصية أن بعض المحللين في كندا يتقاضون ١١٠ دولارات بدلاً لجلسة مدتها ٤٥ دقيقة. هذا يجعل من المستحيل تقريباً بالنسبة إلى كثير من العملاء أن يبحثوا عن هذا النوع من المساعدة. والصعوبة الأخرى في هذه الطريقة أنها لا تعتبر مناسبة لكل أصناف العملاء. فعدا توفر الزمن والمال، ينبغي أن يكون العملاء أذكياً نسبياً وقادرين على التعبير عن أنفسهم لفظياً بصورة جيدة، ومن هنا فهي طريقة انتقائية في ما يتعلق بالعملاء. وهذا ما يجعل التحليل طريقة متحيزة في العلاج.

٢ - المنحى الخبراتي (الظاهراتي)

ذكر كوري (١٩٨٦) ثلاث مدارس تمثل المنحى الخبراتي: الوجودية، المتمركزة حول الشخص، والجشلت، وأطلق عليها اسم «العلاج الموجه نحو العلاقات». كما أطلق كل من تود وبوهارت^(٤٥) على تلك المناحي نفسها اسم «المناحي الوجودية - الإنسانية»، ولكنهما أشارا إلى أن هناك ميلاً الآن إلى الإشارة إلى كل المناحي الوجودية - الإنسانية، بما في ذلك العلاج المتمركز حول الشخص، والعلاج الوجودي، والعلاج الجشلت، على أنها شكل من العلاج النفسي «الخبراتي»^(٤٦). كما أشارا إلى مَهْرُز (١٩٩٣) الذي «لاحظ مؤخراً أن هناك أكثر من عشرين نوعاً من العلاج تتضمن كلمة «الخبراتي» كجزء من اسمها»^(٤٧).

وينظر العلاج الوجودي إلى وجود الناس على اعتبار أنه ليس ثابتاً إلى النهاية. وبدلاً من ذلك، يعتبر الناس باستمرار في عملية إعادة خلق أنفسهم من خلال مشاريعهم^(٤٨).

ولا توجد طرائق محددة في العلاج الوجودي. وكما يبين تود وبوهارت

Todd and Bohart, *Foundations of Clinical and Counseling Psychology*, p. 244. (٤٥)

(٤٦) المصدر نفسه، ص ٢٦٥.

(٤٧) المصدر نفسه، ص ٢٦٥.

Corey, *Ibid.*

(٤٨)

(١٩٩٤): «المنحى الوجودي في الحقيقة هو عبارة عن وجهة نظر في العلاج النفسي أكثر من كونه منحى محددًا في العلاج النفسي. ويستطيع المعالج الوجودي أن يستعمل أي طريقة أو أسلوب مادام يُستعمل بطريقة تتناسب مع الأفكار الوجودية»^(٤٩).

ويقدم كوري هذا الملخص للمفاهيم الرئيسة في العلاج الوجودي: «إن الأبعاد الرئيسة للحالة الإنسانية، وفقاً للمنحى الوجودي، تتضمن:

(أ) سعة وعي الذات؛ (ب) الحرية والمسؤولية؛ (ج) اكتشاف الفرد لهويته وتأسيس علاقة ذات معنى مع الآخرين؛ (د) البحث عن معنى، وغرض، وقيم وأهداف؛ (هـ) القلق كشرط للحياة؛ (و) الوعي بالموت واللامغزى»^(٥٠).

وتعطي كل مسألة من هذه المسائل الوجودية مساحة لتطبيقات علاجية. فمفهوم (أنا)، أو إدراك حقيقة ذات الفرد، مسألة مركزية في الوجودية. فهو المفهوم الذي يعطي للفرد جدارته بنفسه. إنه يؤكد أن «الكينونة» هي الظاهرة الأكثر أهمية لصحة العميل العقلية، وبهذا تتصل بأحد الأهداف الرئيسة في الإرشاد وهو بلوغ العميل الواعي بالذات. ويلاحظ كوري أن: «زيادة الوعي بالذات، التي تتضمن الوعي بالبدل، والدافعية، والعوامل التي تؤثر في الفرد، والأهداف الشخصية، هي هدف كل أنواع الإرشاد»^(٥١). ويستطيع العملاء أن يقوموا بهذا عن طريق الإيمان بأنفسهم ككائنات بشرية. والفكرة الوجودية تؤمن بأن الأفراد الذين يشعرون بأن حقيقتهم تكون صادقة فقط في سياق صورتهم في أذهان الآخرين «يبيعون» صورة أنفسهم إلى هؤلاء الآخرين (المجتمع والسلطة). ونتيجة لذلك، لا يستطيعون الوصول إلى الإحساس بحقيقة كينونتهم. وحقيقة أن الوجودية تتطرق إلى مشكلة كهذه يمكن اعتبارها إحدى نقاط القوة فيها.

ومفهوم «الحرية والمسؤولية» مفهوم رئيس في الفكر الوجودي. والتطبيقات الإرشادية يمكن إدراكها في تشجيع العميل على قبول المسؤولية

Todd and Bohart, Ibid., p. 250.

(٤٩)

Corey, Ibid., p. 78.

(٥٠)

(٥١) المصدر نفسه، ص ٨٨.

عن أفعاله والتوقف عن لوم الآخرين على ما آلت إليه حالته. كما يتم تشجيع العميل على ممارسة حرية الاختيار، بدلاً من السماح للآخرين بالاختيار له. والحرية تكون مع المسؤولية يداً بيد.

وفكرة أن «العميل إذا قال «لا أستطيع» سيطلب منه استبدالها بـ «لن أفعل» فتساعده على إدراك أن القرارات التي تؤثر في حياته يتم اتخاذها من قِبَل الآخرين. هذا التركيز على المسؤولية عن نتائج القرارات تساعد العميل على التركيز على المستقبل بدلاً من الماضي. وهذا يتيح للعميل أن يتخلص من الماضي المؤلم، وأن يبدأ من الوقت الذي يدرك فيه حرته ومسؤوليته، حتى يكون مستعداً للنظر في ماضيه من خلال عيون تدرك حرته ومسؤوليته: «لا يمكن للمريض أن يدع نفسه تسترجع الأحداث ذات المغزى في ماضيه وخبرته حتى يكون مستعداً للقيام ببعض التوجه نحو المستقبل على أساس من هذه الذكريات. وبهذا المعنى، يؤثر استرجاع الماضي في القرارات المتعلقة بالمستقبل»^(٥٢).

ويمكن أن تحدث تأثيرات إيجابية جداً للمريض من عملية إدراك الذات. ويتألف جزء من الطريقة العلاجية من تحدي المعالج للعميل أن يبدأ اختبار طرق كان قد فقد فيها صلته بهويته، وبخاصة من خلال سماحه للآخرين بتصميم الحياة له. وكما يضعها كوري: «وعن طريق رفض إعطاء حلول أو إجابات سهلة، يجابه المعالج العميل بفكرة أنه وحده يجب أن يجد إجاباته»^(٥٣).

ومسألة المكافحة من أجل الهوية وتشكيل علاقات مع الآخرين، يمكن أن تؤدي بالفرد إلى القول بأن معظم الذين يطلبون المساعدة الإرشادية يعانون، إلى حد ما، ارتباكاً ناجماً من إحساسهم بفقد «هويتهم» أو، بكلمة أخرى، يعيشون إلى حد ما أزمة هوية.

والتطبيقات الإرشادية لهذا المفهوم تتضح في محاولة المعالج أن يعمل مع العميل على حل هذا الارتباك المتعلق بهوية العميل، وأن يحاول، بالتالي، أن

R. May, «Existential Bases of Psychotherapy,» in: M. Friedman, ed., *The World of* (٥٢) *Existentialism* (Toronto: Random House, 1961), p. 450.

Corey, *Ibid.*, p. 90.

(٥٣)

يعملاً معاً على مسألة علاقته مع الآخرين .

والتطبيقات الإرشادية لمفهوم «البحث عن معنى» يمكن فهمها إذا دقق الفرد في المسلمة الوجودية التي تقول إن الناس يطلبون العلاج ليس ببساطة بسبب الاضطراب النفسي ولكن بسبب أنهم يعيشون في ما يسميه فرانكل «فراغاً وجودياً». وكما يوضح كوري: «في وقت ما يقوم الناس الذين يشعرون بأنهم في ورطة بسبب فراغ حياتهم بالانسحاب من المجاهدة لخلق حياة هادفة. وهذا مجال يمكن اختباره في الإرشاد»^(٥٤).

وهذا الإحساس بالمعنى يعطي العميل شعوراً بالاستقرار، بدلاً من الشعور بالكفاح وعدم اليقين بشأن ذاته، والذي يؤدي بدلاً من ذلك إلى الارتباك والقلق العصابي: «يمكن للعلاج الوجودي أن يقدم نظاماً مفاهيمياً يعين العميل على اختيار معنى حياته»^(٥٥). هذا الإحساس بالمعنى يمكن أن يُخَفِّض من درجة القلق في حياة العميل إلى مستوى يعتبره الوجوديون «طبيعياً». ومثال هذا البحث يمكن أن يلاحظ في حالة أم عمرها ٤٦ سنة كانت قد أرسلت للتو ابنتها الأصغر إلى الكلية. وعلى الرغم من أن مشاعرها ابتدأت بالحنين لحظة قولها وداعاً لشخص أحبته جداً، أصبحت هذه المشاعر، مع الوقت، قلقاً لا يقاوم. لقد كان قلقاً نابعاً من «متلازمة العش الفراغ». فلسنوات عدة، اعتمد صدق تصورهما عن نفسها على دورها كأم. وبعد أن غادر أبنائها، ذهب هذا الدور ولم يكن لديها سبيل للمصادقة على حقيقتها - لا يوجد معنى في حياتها. وأدركت بمساعدة العلاج أنها تمتلك شرعية بنفسها، وأدى ذلك بالتالي إلى تخفيض قلقها إلى مستوى يساعد على البقاء، بدلاً من كونه مضاداً للبقاء»^(٥٦).

ومما له صلة بمفهوم تخفيض مستوى القلق، مفهوم «القلق كشرط للحياة». فالقلق، في العلاج الوجودي، وهو مع الاكتئاب يؤديان بالناس إلى طلب العلاج، لا يُنظر إليه دائماً على أنه حالة سلبية. ففي هذه المدرسة العلاجية، يُنظر إلى القلق على أنه ضروري للبقاء ومادة حيوية لعلاج نفسي ناجح. فإلى أن يصبح مستوى القلق عصابياً فإنه حينئذ يكون ضاراً ببقاء

(٥٤) المصدر نفسه، ص ٩٠.

(٥٥) المصدر نفسه، ص ٨١.

(٥٦) R. May and I. Yalom, «Existential Psychotherapy,» in: *Current psychotherapies*, p. 392.

الفرد. «... درجة معينة من القلق وعدم السهولة ضرورية من أجل أن يجابه المسترشد نفسه مباشرة»^(٥٧).

ويجعل المعالج العميل واعياً أن تغيير أنماطه السلوكية القديمة سيؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديه. ولكن، بمجرد أن يبدأ بتكييف نفسه مع أسلوب الحياة الجديد، فإن قلقه العام، كما هو مأمول، سينخفض.

ويوضح العلاج الوجودي كيف أن القلق من الموت يؤدي إلى قلق حاد في حياة الإنسان. فبتقديم مفهوم «الوعي بالموت والعدم»، تفسر هذه المدرسة الفكرية كيف يتسبب الخوف من الحياة في الخوف من الموت. وبتقديم هذا التفسير تحاول الوجودية أن تبين «أننا نخاف من الموت لأننا لم نَحْيَ أبداً»^(٥٨). وبمساعدة العميل على البحث عن معنى في حياته، يحاول العلاج الوجودي أن يزيل قلق الموت. ومن خلال هذا، يحاول أن يُخَفِّض من المستوى الذي يمكن أن يسببه هذا الخوف في حياة الناس. وكما ذكرنا سابقاً، فإن هذا التخفيض للقلق يساعد العميل عن طريق إتاحة فهم أكثر وضوحاً لحياته. وبالبحث في هذا الخوف لدى عميل ما، يمكن أن يكتسب المعالج استبصاراً - ووجهة نظر جديدة يستطيع من خلالها مساعدة هذا العميل: «النظرية المبنية على الوعي بالموت يمكن أن تزود المعالجين بإطار مرجعي، ونظام تفسيري، يؤدي إلى تعزيز «فاعليتهم»»^(٥٩).

وفي العلاج الوجودي، يكون دور المعالج في الأساس التركيز على خبرة العميل الذاتية ومحاولة مساعدته على أن ينتبه إلى حالته الراهنة وأن يكون واعياً مسؤوليته عن حالته. فعلى سبيل المثال، إذا قال العميل «لا أستطيع» فسيطلب منه أن يستبدلها بـ «لن أفعل». وبغض النظر عن المدرسة التي تمت الاستعارة منها، يستعمل المعالج الوجودي أي طريقة يعتبرها ملائمة بشكل أفضل لعميل ما في جلسة ما^(٦٠).

لقد قدم العلاج الوجودي إسهامات إلى ميدان الإرشاد بتركيزه على لب الوجود الإنساني وأساسه. فالعلاقة العلاجية يُنظر إليها في ضوء مواجهة بين

J. A. Arlow, «Psychoanalysis,» in: Ibid., p. 21.

(٥٧)

Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, p. 83.

(٥٨)

May and Yalom, «Existential Psychotherapy,» p. 389.

(٥٩)

Corey, Ibid., p. 85.

(٦٠)

إنسان وإنسان. وكما يقول كوري إن: «هذا الجانب يقلل من فرص عدم أنسنة (Dehumanizing) العلاج النفسي عن طريق جعله عملية ميكانيكية»^(٦١). وبتأكيد النمو الشخصي، تعطي المدرسة الوجودية الأمل في أن الكائنات الإنسانية في حالة لا نهائية من التطور والضرورة.

ومن ناحية أخرى، فإن هذا النوع من العلاج له حدوده. فذاتية المعالج يمكن أن تُعتبر إشكالاً في العلاج. «من الأفضل للمعالج الوجودي أن يدرك أنه يرى المريض من خلال عيونه، ويفهم المريض بأسلوبه، وهذا سيكون محدوداً ومنتحيزاً إلى حد ما. فإذا لم يفترض المعالج هذا، ويجزم بدلاً من ذلك بإدراكه وفهمه، فسيهين ألياً على المريض بذاتيته»^(٦٢). وعلى الرغم من وجود قدر معين من الذاتية في كل أشكال علاقة المعالج بالعميل، إلا أن العلاج الوجودي يعتبر أكثر عرضة لهذا الضعف المحتمل، بسبب اعتماده على بناء منهجي غير مُحكم. وبسبب هذا، يمكن للمعالج اللاأخلاقي أو غير المؤهل أن يفسر النظرية لتبرير طرق علاج ضارة.

وعدم الإحكام في بناء الطريقة الوجودية ناجم من عدم وجود أسئلة أو صيغ محددة ليعتمد عليها المعالج في العلاج. وهذا ما دفع ماي (May) (١٩٦٦) إلى أن يقترح أن: «الوجودية عبارة عن اتجاه، وطريقة لتناول الإنسان، بدلاً من كونها مدرسة أو جماعة... الطريقة الوجودية ليست نظاماً علاجياً - على الرغم من أن لها مساهمات مهمة في العلاج...»^(٦٣).

والبناء غير المحكم يجعل من الصعب دراسة الوجودية في التطبيق، لأنه لا يوجد تطبيق علاج محدد. وقد انتبه كوري إلى هذه الحجة فعلق قائلاً: «إنها تفتقد إلى عرض منظم لمبادئ وممارسات العلاج النفسي. وكثيراً ما تُنتقد لافتقارها للصرامة في المنهج. بعضهم يتهمها بالغموض في اللغة والمفاهيم، وبعضهم الآخر يعترض عليها على أنها موضوعة قائمة على رد فعل على الطريقة العلمية»^(٦٤).

والقصور الآخر في العلاج الوجودي هو أن هذا النوع من العلاج ليس

(٦١) المصدر نفسه، ص ٩٢.

May, «Existential Bases of Psychotherapy», p. 453.

(٦٢)

(٦٣) المصدر نفسه، ص ٤٥٤.

Corey, Ibid., p. 93.

(٦٤)

مناسباً للتدخل في الحالات المتأزمة. فأحد أهدافها هو مساعدة العميل على وعي وإدراك تناقضات الحياة كما يتم توضيحها في الوجودية. وفي الحالات المتأزمة، تكون قدرة العميل على رؤية أي شيء خارج نطاق النظرة الضيقة المركزة على الأزمة شبه مستحيلة..

ويعلق ماي في كتابه **العلاج النفسي المعاصر** (١٩٨٩)، قائلاً: «الأهداف الأعمق والأكثر طموحاً (بما في ذلك هدف زيادة وعي العميل بالتناقضات الوجودية) غير واقعية وغير ملائمة في تلك الحالة [الأزمة]»^(٦٥).

يجب استخدام طرق مختلفة حتى تتجاوز نظرة العميل إلى العالم منظور الأزمة نفسه. وبعد أن يحصل هذا الاتساع في النظرة، يمكن للعلاج الوجودي أن يساعد العميل على اكتساب القدرة على التحكم في قلقه الشخصي، ولكن عند الوصول إلى تلك النقطة، يصبح العلاج النفسي غير مفيد^(٦٦).

والعلاج المتمركز حول الشخص، والذي تم تأسيسه من قِبَل عالم النفس الأمريكي كارل روجرز (١٩٠٢ - ١٩٨٧)، يؤكد أن المعالج المتمركز حول الشخص والعميل كلاهما جدير بالثقة^(٦٧). وفي الطريقة المتمركزة حول الشخص في الإرشاد، تتركز الطرق العلاجية حول العلاقة العلاجية. هذه الطرق، كما يبين كوري^(٦٨): «... التعبير عن التقبل، والاحترام، والتفهم، والمشاركة مع العميل لمحاولة تطوير إطار مرجعي داخلي عن طريق التفكير، والشعور، والاستكشاف». ويقول روجرز (١٩٦١) إنه عندما يفتح المرشد نفسه «لسماع» ما يقول العميل، فالمرشد متوفر بإدراك أكثر وضوحاً على آراء العميل ومشاعره. ويحاول المرشد عندئذ أن يُحْفَظَ العميل على أن يجد اتساقاً بين إدراكه لذاته وخبرات العالم الفعلي. وعندما تأتي التغذية الراجعة الإيجابية من المرشد وحتى من العالم ككل، يمكن للعميل أن يكون أكثر تحفيزاً لتطوير صورة ذات أكثر إيجابية. فكما يقول روجرز: «... سينظم الفرد نفسه على مستوى الوعي وعلى مستويات أعمق من شخصيته بطريقة تمكنه من التعامل

May and Yalom, «Existential Psychotherapy», p. 391.

(٦٥)

(٦٦) المصدر نفسه.

Brian Thorne, *Person-Centred Counselling: Therapeutic and Spiritual Dimensions*, (٦٧) Counselling and Psychotherapy Series (London; New Jersey: Whurr Publishers, 1991), p. 25.

Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, p. 110.

(٦٨)

مع الحياة بطريقة بناءة، وأكثر ذكاء، وبطريقة أكثر اجتماعية وفي الوقت نفسه أكثر إشباعاً»^(٦٩).

إن أحد الإسهامات العظيمة للطريقة المتمركزة حول الشخص هو حقيقة أن أفكارها يتم استعمالها في أوضاع مختلفة من بينها الأوضاع التربوية، والمنظمات الحكومية، والمستشفيات، وحتى في العلاقات الخارجية^(٧٠).

وفي مناقشته لتطوير العلاج المتمركز حول العميل في بريطانيا، يقول ثورن: «على الرغم من أن تأثير روجرز قد نفذ متقطعاً إلى بريطانيا في سنوات ما قبل الحرب - بصورة رئيسة من خلال أعمال مجلس توجيه الزواج (المعروف بكلمة (Relate)) وبعد ذلك بطرق غير معروفة - لم يحدث حتى أواسط الستينيات أن أصبحت دراسته تتم بطريقة أكثر عمقاً في الجامعات البريطانية. ومما يثير الاهتمام، أن السبب في هذا التطور يرجع إلى تأسيس أول برامج تدريب في بريطانيا لمرشدي المدارس»^(٧١). ويضيف قائلاً: «أدى عمل المركز البريطاني التابع لمعهد تسهيل التنمية (تم تأسيسه في عام ١٩٧٤ بمبادرة من رفيق روجرز المقرب د. تشارلز ديفونشاير) إلى تقديم أفكار

Carl R. Rogers, *On Becoming a Person; a Therapist's View of Psychotherapy* (٦٩) (Boston, MA: Houghton Mifflin Company, [1961]), p. 34.

Carl R. Rogers: *Counseling and Psychotherapy; Newer Concepts*؛ المصدر نفسه؛ (٧٠) *in Practice* (Boston, MA; New York: Houghton Mifflin Company, [1942]); *Client-Centered Therapy, Its Current Practice, Implications and Theory*, with chapters contributed by Elaine Dorfman, Thomas Gordon [and] Nicholas Hobbs, Houghton Mifflin Psychological Series (Boston, MA: Houghton Mifflin Company, [1951]); «The Necessary and Sufficient Condition of Therapeutic Personality Change,» *Journal of Consulting Psychology*, vol. 21 (1957), pp. 95-103; *Carl Rogers on Encounter Groups* (New York: Harper and Row, [1970]); *Becoming Partners; Marriage and Its Alternatives* (New York: Delacorte Press, [1972]); *Carl Rogers on Personal Power* (New York: Delacorte Press, 1977); *A Way of Being* (Boston, MA: Houghton Mifflin Company, 1980); *Freedom to Learn for the 80's*, with special contributions by Julie Ann Allender... [et al.] (Columbus, OH: C. E. Merrill Pub. CO., 1983); Carl R. Rogers, «The Conditions of Change for Client-Centered Viewpoint,» in: Bernard G. Berenson [and] Robert R. Carkhuff, eds., *Sources of Gain in Counseling and Psychotherapy; Reading and Commentary* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1967), and Carl R. Rogers and J. Wood, «Client-Centered Theory: Carl Rogers,» in: Arthur Burton, ed., *Operational Theories of Personality* (New York: Brunner/Mazel, [1974]).

Thorne, *Person-Centred Counselling: Therapeutic and Spiritual Dimensions*.

(٧١)

التمركز حول الشخص إلى أعداد مختلفة من الاختصاصيين النفسيين واختصاصيي الخدمة الاجتماعية، والأطباء النفسيين وآخرين، بينما أعطى تأسيس مركز نوريتش للتنمية الشخصية والمهنية في عام ١٩٨٠ لبريطانيا أول وكالة علاج وتدريب مستقلة ملتزمة بالطريقة المتمركزة حول الشخص»^(٧٢).

ودور المعالج في الطريقة المتمركزة حول العميل يركز على اتجاه المعالج نحو العميل. والطرق والمعرفة النظرية تعتبر ثانوية من حيث الأهمية. وبمجرد أن يخلق المعالج جواً مفعماً بالثقة في علاقة بين - شخصية (وجهاً لوجه)، والتي يمكن فيها للعميل أن ينمو، عندئذ «يكون [دوره] أن يكون من دون دور»^(٧٣).

وبالنسبة إلى مساهمات النظرية في الإرشاد، سواء أكان في الجلسات الفردية أم الجماعية، يمكن ملاحظة أن الطريقة المتمركزة حول الشخص تؤكد مهارة الإنصات بتعاطف. ويتم تشجيع العملاء على التحدث بحرية عن همومهم دون الخوف من كونهم عرضة للحكم عليهم بسبب ما يقولونه. والميزة الأخرى لهذه المدرسة هي أنها تقدم فرضيات قابلة للبحث والاختبار. كما تتميز أيضاً بأنها تستخدم مفاهيم وطرقاً علاجية يمكن اتباعها وتطبيقها بسهولة^(٧٤).

يقول كوري أن هذه البساطة يمكن أن تكون قصوراً في النظرية إذا أساء المرشد استخدام بعض مفاهيم النظرية. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يصبح المعالج مغالياً في «تركيزه على العميل» إلى الدرجة التي يفقد فيها التأثير الذي يكون لشخصيته في المواجهة العلاجية.

وأشار كوري إلى قصور آخر لهذه الطريقة بقوله: «لقد انتقد عدد من الباحثين الأخطاء المنهجية الكثيرة التي يؤكدون أنها جزء من معظم دراسات العلاج المتمركز حول الشخص»^(٧٥).

نظرية الجشتالت

هي «علاج خبراتي - وجودي أسسها فريدريك فرتز ولورا بيرلز في عام

(٧٢) المصدر نفسه، ص ٢٨.

(٧٣) Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, p. 105.

(٧٤) المصدر نفسه.

(٧٥) المصدر نفسه، ص ١١٥.

١٩٤٠»^(٧٦)، ويقول كوري أن العلاج الجشتلتي يؤكد توسيع وعي الفرد، وقبول المسؤولية الشخصية عمّا يكون عليه وما يفعله، وعن توحيد الشخص. ويضيف: «يتألف من مجموعة من الطرائق «والألعاب». ومع ذلك، فالطرق يمكن أن تكون وسائل مفيدة لمساعدة العميل على تحصيل وعي أكثر شمولاً، ومعايشة التناقضات الداخلية، وحل عدم الاتساق والانقسامات، وتحرير نفسه من المأزق الذي يمنعه من إتمام القضايا غير المحلولة»^(٧٧).

وأشار كوري إلى وصف ليفتسكي وبييرلز (Levitsky and Perls) لعدد من الطرائق المرتبطة بهذه الطريقة، والتي تشمل^(٧٨): (أ) تجربة الحوار؛ (ب) عمل الجولة (Making the Round) (ج) المسائل غير المحلولة؛ (د) «أنا أتولى المسؤولية»؛ (هـ) «لديّ سر»؛ (و) القيام بلعبة الإسقاط (ز) الانعكاسات؛ (ح) إيقاع الاتصال والانسحاب؛ (ط) «البروفة»؛ (ي) «المبالغة»؛ (ك) «هل لي أن أعطيك جملة؟»؛ (ل) ألعاب الإرشاد الزوجي؛ و(م) «هل تستطيع البقاء بهذا الشعور؟»^(٧٩).

ويقتضي دور المعالج في العلاج الجشتلتي الانتباه لمشاعر العميل ورسائل جسده. كانت بييرلز، كما أشار كوري تنصح العملاء دوماً قائلة: «إنس عقلك وتعال إلى أحاسيسك»^(٨٠).

ويعلق كوري قائلاً: «وفقاً لبييرلز (١٩٦٩) التي تؤكد أن العصبيين لا يرون ما هو واضح، يقتضي العلاج الجشتلتي تلمس الأشياء الواضحة»^(٨١).

ويستعمل العلاج الجشتلتي في الجلسات الإرشادية، الفردية وكذلك الجماعية. وأحد نقاط القوة فيه هو أنه يؤكد «الفعل» في العلاج. فالعملاء يُشجّعون على العمل على المسائل غير المحلولة من ماضيهم، ويعيدونها إلى

G. Yontef and J. Simkin, «Gestalt Therapy.» in: *Current Psychotherapies*, p. 323. (٧٦)

Corey, *Ibid.*, p. 135. (٧٧)

A. Levitsky and F. Perls, «The Rules and Games of Gestalt Therapy.» in: Joen (٧٨)

Fagan and Irma Lee Shepherd, eds., *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, Applications* (New York: Harper and Row, [1970]).

Corey, *Ibid.*, p. 135. (٧٩)

(٨٠) المصدر نفسه، ص ١٢٧.

(٨١) المصدر نفسه، ص ١٢٧.

الحياة في الجلسة، بالإضافة إلى أي مسائل يمكن أن تمنعهم من أداء وظيفتهم في الحاضر.

وفي الوضع الراهن للعلاج الجشطلتي، يشير يونتيف وسيمكين (١٩٨٩) إلى أنه:

«يوجد على الأقل ٦٢ مؤسسة علاج جشطلتي عبر العالم، والعدد مستمر في الارتفاع. وفي كل مدينة رئيسة في الولايات المتحدة توجد فعلياً مؤسسة علاج جشطلتي واحدة على الأقل»^(٨٢)، ويرى هذان المؤلفان أنه لا يوجد معيار لتقييم ناتج العلاج الجشطلتي: «المحاولات التي تمت في الماضي القريب لعقد مؤتمر وطني لتأسيس معايير للمتدربين لم تكن ناجحة. ولا توجد معايير متفق عليها لما يمثل علاج جشطلتي جيد أو معالج جشطلتي. ولذلك، يلزم مستعملي العلاج الجشطلتي أن يقيموا بعناية الخلفية التعليمية، والعيادية، وتدريب الأفراد الذين يسمون أنفسهم معالجين جشطلتيين أو يقدمون تدريباً في العلاج الجشطلتي»^(٨٣).

وأهم نقاط النقد الموجه للعلاج الجشطلتي هي أنه يركز كثيراً على جانبي «المشاعر» و«الفعل» من الشخصية ولا يعطي انتباهاً كافياً «للتفكير» أو الجوانب الذهنية للتفاعل^(٨٤).

وينتقد تود وبوهارت (١٩٩٤) المنظور الوجودي - الإنساني لكونه غامضاً، «ولعدم اتساق وجهات النظر ومناقضتها لنفسها فيما يتعلق بأثر البيئة في السلوك»^(٨٥).

٣ - العلاج بالفعل الموجه ذهنياً وسلوكياً

يتطرق هذا الجزء لطرق الإرشاد في العلاج الأدلري، وتحليل التعامل، والعلاج السلوكي، والانفعالي العقلاني، والواقعي.

العلاج الأدلري الذي يُشار إليه غالباً بعلم النفس الفردي، تم تطويره من قِبَل ألفرد أدلر (١٨٧٠ - ١٩٧٣). ويرى أنه بسبب مشاعر القصور،

Yontef and Simkin, «Gestalt Therapy.» p. 330.

(٨٢)

(٨٣) المصدر نفسه، ص ٣٣١.

Corey, Ibid.

(٨٤)

Todd and Bohart, *Foundations of Clinical and Counseling Psychology*, p. 268.

(٨٥)

يمكن أن يكون نمط حياة الفرد مؤسساً على الهزيمة الذاتية^(٨٦). وفي ما يتعلق بهذه النظرية في المرض النفسي، يرى موساك (١٩٨٩) أن «الفرد الذي لديه مرض نفسي شخص مثبّط أكثر من كونه مريضاً، ومهمة العلاج هي أن تشجع الشخص، وأن تنشّط اهتماماته الاجتماعية، وأن تطور أسلوب حياة جديد عن طريق العلاقة، والتحليل، وإجراءات الفعل»^(٨٧).

ويقدم كوري (١٩٩٠) هذا الملخص للنظرة الأدلرية للشخص: «تؤكد طريقة أدلر على المحددات الاجتماعية (في السلوك) أكثر من تأكيدها على النواحي البيولوجية وتؤكد أيضاً على أن يكون السلوك ذا طبيعة هادفة. هذه الطريقة الاجتماعية الدينية تقضي ضمناً أن الناس مدفوعون في الأساس بقوى اجتماعية وأنهم يكافحون لتحقيق أهداف معينة»^(٨٨).

وتركز الطريقة الأدلرية على أربعة أهداف إرشادية. هي: تأسيس العلاقة الإرشادية؛ وتحليل القوى التي تؤثر في العميل؛ وتعزيز فهم الذات لدى العميل؛ ومساعدة العميل على القيام بخيارات جديدة^(٨٩). ولأن هذه الطريقة مبنية على نموذج نمائي، فهي قابلة للتطبيق في مختلف الأوضاع بما في ذلك الإرشاد الوالدي، والإرشاد الزوجي، والعلاج الجماعي^(٩٠).

وفي ما يتعلق بالعلاج العائلي، يرى فولبي (١٩٨٩) أن الطريقة الأدلرية قد أثرت بطريقة غير مباشرة في العلاج العائلي: «لقد كان لأدلر تأثير مهم ولكن غير مباشر في العلاج العائلي بطرق عديدة. وأعظم من يُدعَوُ بالمفكرين الاجتماعيين تأثيراً، أدلر، كان يرى أن السياق والبيئة عنصران أساسيان... وأكد أدلر أهمية تركيبة العائلة... وقد أصبح تأكيد أدلر موقع الأخ (الأخت) [ترتيب الميلاد] أحد المفاهيم الرئيسية في فكر مدرسة العلاج العائلي المرتبطة بموري باون [١٩٧٠]»^(٩١).

ففي الطريقة الأدلرية، يفترض المعالج أن الناس مضطربون نفسياً لأن

Mosak, «Adlerian Psychotherapy».

(٨٦)

(٨٧) المصدر نفسه، ص ٦٥.

Gerald Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 4th ed. (Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub. Co., 1990), pp. 200-201.

(٨٨)

Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 3rd ed., 1986.

(٨٩)

(٩٠) المصدر نفسه، ص ٦٢.

V. Foley, «Family Therapy,» in: *Current Psychotherapies*, p. 460.

(٩١)

هناك خطأ ما في تفكيرهم؛ ولذلك، إذا كانوا يشعرون بانزعاج ويتصرفون بطريقة مُجَلِّة وظيفياً، فذلك لأنهم يفكرون بطريقة غير منطقية. ولهذا، يكون دور المعالج هو تحدي هذه الأفكار غير المنطقية. ويقوم المعالجون بإنجاز هذه المهمة عن طريق جمع معلومات متعلقة بتركيبة عائلة العميل وذلك بإعطاء العميل استبياناً لتعبئته. كما يستخدمون أيضاً الذكريات المبكرة كوسيلة تشخيص. كل هذا يزود المعالجين بتصوّر عن كيفية نظرة العملاء إلى أنفسهم، حتى يتمكنوا من تحديد أين هي الأخطاء الرئيسة في تفكيرهم. وبعد أن يجمع المرشدون المعلومات عن العملاء ويحددوا أين هي الأفكار غير المنطقية في تفكيرهم، عندئذٍ يستطيع المعالج والعملاء أن يرسموا أهدافاً للعلاج^(٩٢).

ولقد تعرض علم النفس الفردي للنقد بسبب اشتماله على أفكار مائعة لا يمكن تحديدها تجريبياً مثل مفهوم عقدة النقص. كما أن النظرية تُنتقد لأنها تؤكد كثيراً قوة الشعور، وإهمال أهمية القوى اللاشعورية في تشكيل شخصية الإنسان^(٩٣).

تم تأسيس تحليل التعامل من قِبَل إريك بيرن (١٩١٠ - ١٩٧٠) في الخمسينيات من القرن العشرين كنظرية في الشخصية^(٩٤). وهذه النظرية، كما يقترح كوري: «متجذرة في الفلسفة الضد - حتمية (Antideterministic). وتضع ثققتها في قدرة الفرد على التعالي على أنماط العادة واختيار أهداف وسلوكيات جديدة»^(٩٥).

ويستخدم تحليل التعامل طرّقاً من مصادر أخرى خصوصاً من العلاج الجشّلتّي. وعند استخدام تحليل التعامل، سواء أكان ذلك في الإرشاد الفردي أم الجماعي، تستعمل الإجراءات التالية بصورة نمطية:

أ - التحليل التركيبي، وهو «وسيلة يصبح الشخص بواسطتها على وعي بمكونات وعمل ذاته الوالدية والراشدة والطفلية»^(٩٦).

ب - تحليل التعامل، وهو «وصف لما يقوم به الناس وما يقولونه

Corey, Ibid, p. 51.

(٩٢)

(٩٣) المصدر نفسه.

J. Dusay and K. Dusay, «Transactional Analysis,» in: *Current Psychotherapies*.

(٩٤)

Corey, Ibid., p. 150.

(٩٥)

(٩٦) المصدر نفسه، ص ١٦١.

لأنفسهم وبعضهم لبعض. وكل ما يحدث بين الناس يتضمن تعاملاً بين حالات الأنا لديهم: فعندما يتم إرسال رسائل، تكون الاستجابة متوقعة. وهناك ثلاثة أنواع من التعامل: تكاملي، ومتقاطع، وخفي^(٩٧).

ج - نماذج من الإجراءات العلاجية الأخرى: الكرسي الفارغ، ولعب الدور، ونمذجة العائلة، وتحليل الطقوس وأوقات التسلية، وتحليل الألعاب واللهو، وتحليل النص^(٩٨).

ودور المعالج في تحليل التعامل هو كمُيسِّر وشاهد على العقد العلاجي الذي تم الاتفاق عليه بين العميل والمعالج^(٩٩).

ويمكن إدراك مساهمة تحليل التعامل في الإرشاد بوضوح في الجلسات الجماعية. فهو يفيد في إتاحة الفرصة للعميل لتحدي القرارات المبكرة. وهو ذو قيمة بالنسبة إلى بعض المعالجين في أن يتمكنوا من دمج بعض مفاهيم تحليل التعامل مع بعض مفاهيم المدارس الأخرى^(١٠٠).

وأعظم انتقاد يوجه لتحليل التعامل هو أنه يؤكد على استعمال لغة معقدة. والانتقاد الآخر هو أنه يركز كثيراً على المستوى «الذهني»، إذ إن العملاء ربما يكونون قادرين على فهم المعنى التجريدي للمفاهيم، لكنهم ربما لا يكونون قادرين على الشعور بها^(١٠١).

والعلاج السلوكي له وجهة نظر علمية في السلوك الإنساني وهو العلاج الذي ينطوي على طريقة منظمة متماسكة في الإرشاد^(١٠٢).

والطرق السلوكية الرئيسية هي: التدريب على الاسترخاء، وإزالة الحساسية التدريجي، والاقتصديات الرمزية، وأشكال العقاب، وطريقة النمذجة، وبرامج تدريب على التوكيدية، وبرامج إدارة - ذاتية، والعلاج المتعدد النماذج.

وتقدم هذه الطريقة أسلوباً منظماً لتطبيق الطرق الإرشادية، كما أن

(٩٧) المصدر نفسه، ص ١٦١.

(٩٨) المصدر نفسه.

(٩٩) المصدر نفسه.

(١٠٠) المصدر نفسه.

(١٠١) المصدر نفسه.

(١٠٢) المصدر نفسه.

استعمال هذه الطرق ليس في العلاج النفسي فحسب، ولكن أيضاً في الطب، وطب الشيخوخة، وطب الأطفال، وبرامج إعادة التأهيل والسيطرة على القلق. ويبدو أن المبادئ السلوكية تعمل بفاعلية مع اضطرابات القلق، والاكتئاب، والاضطرابات الجنسية، وفي الوقاية من أمراض الشرايين وعلاجها^(١٠٣).

ودور المعالج في الطريقة السلوكية نشط جداً وتوجيهي. فكما يقول كوري: «يعمل المعالج السلوكي بصورة نمطية كمدرس، وموجه، وخبير في تشخيص سوء التكيف السلوكي وفي وصف الإجراءات العلاجية التي تؤدي، كما هو مأمول، إلى تحسن في السلوك»^(١٠٤).

وهذا النوع من العلاج يُنتقد لأنه أقل تأكيداً لدور المشاعر والعواطف في العلاج. ومما يؤخذ بعين الاعتبار أنه على الرغم من أن هذا العلاج قد يغير السلوك، فقد لا يعالج المشاعر والعواطف على نحو ملائم. وانتقاد آخر هو أن العلاج السلوكي يتجاهل العوامل العقلية المهمة في العلاج. كما يُنتقد العلاج السلوكي على أساس أنه لا يقدم استبصارات في الأسباب التاريخية للسلوك الحالي ويتجاهلها. كما يعتبر أنه ينطوي على تحكم وتلاعب من المعالج^(١٠٥).

والعلاج الانفعالي العقلاني تأسس على الاعتقاد بأن الناس يولدون ولديهم إمكانية لكلا النوعين من التفكير: العقلاني وغير العقلاني. وهناك ثلاث طرائق علاجية ترتبط بهذه الطريقة: تنفيذ الاعتقادات غير العقلانية، وواجب فكري، وتغيير لغة الفرد^(١٠٦).

وإسهامات العلاج العقلاني الانفعالي في مجال الإرشاد هي: تأكيد وضع الاستبصارات موضع الفعل، والممارسة العلاجية الشاملة الانتقائية، والطريقة الضد - حتمية التي تركز على «العملية الذاتية التي من خلالها يفسر العميل ما يحدث له ويستجيب لذلك، بدلاً من جعل الحالات والأحداث بؤرة العلاج الرئيسة»^(١٠٧).

(١٠٣) المصدر نفسه.

(١٠٤) المصدر نفسه، ص ١٧٩.

(١٠٥) المصدر نفسه، ص ٢٠٠.

(١٠٦) المصدر نفسه، ص ٢٢٠.

(١٠٧) المصدر نفسه، ص ٢٣٥.

ودور المعالج في الطريقة الانفعالية العقلانية، كما حدد ذلك إليس^(١٠٨):

- أن يعين للعملاء بعض الأفكار غير العقلانية التي تقف خلف اضطرابهم السلوكي .

- أن يتحداهم لبرهنة أفكارهم .

- أن يستعمل أفكاراً منطقية لتلخيص تفكيرهم غير العقلاني .

- أن يبين كيف ستؤدي هذه الأفكار غير العقلانية إلى اضطرابات مستقبلية .

- أن يستعمل الاستسخاف والفكاهة لمجابهة أفكارهم غير العقلانية .

- أن يشرح كيف يمكن أن تستبدل هذه الأفكار غير العقلانية بأخرى عقلانية .

- أن يعلم العملاء كيف يستعملون الطريقة العلمية في التفكير .

- أن يستعمل عدة طرق عاطفية وسلوكية لمساعدة العملاء على التعامل مباشرة مع مشاعرهم وأن ينشطوا ضد اضطراباتهم^(١٠٩) .

وقصور هذه الطريقة يشمل حقيقة أن هذه المدرسة تتجاهل نوعية العلاقة بين العميل والمرشد، ولا تعير انتباهاً لتاريخ العميل، ولا تؤكد بما فيه الكفاية دور اللاشعور، أو أهمية الأحلام .

ويأخذ العلاج الواقعي بوجهة النظر التي تقول بأن الناس أساساً يقررون مصيرهم وهم مسؤولون عن حياتهم . وهناك ثماني خطوات في العلاج الواقعي :

١ - خلق علاقة .

٢ - التركيز على السلوك الحالي .

A. Ellis, «Rational-Emotive Therapy,» in: *Current Psychotherapies*, [compiled by] (١٠٨) Raymond J. Corsini with the assistance of Danny Wedding, 3rd ed. (Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, 1984), p. 215.

Corey, Ibid., p. 217.

(١٠٩) ورد في :

- ٣ - دعوة العميل لتقييم سلوكه .
 - ٤ - مساعدة العميل على تطوير خطة عمل .
 - ٥ - الحصول على تعهد .
 - ٦ - رفض قبول الأعذار .
 - ٧ - رفض استعمال العقاب .
 - ٨ - رفض التخلي^(١١٠) .
- ودور المعالج في العلاج الواقعي بناءً على ما يراه جلاسر (١٩٨٤) يتضمن:

- التركيز على قوى وإمكانات الفرد التي يمكن أن تقود إلى النجاح .
- وضع حدود في جلسات العلاج والانتباه إلى تلك التي تفرضها الحياة على الفرد .
- «إلزام» العملاء بجعلهم يحددون كيف يتوقعون أن يقوموا بالتغييرات التي يقولون أنهم يريدونها .
- مجابهة العملاء بعدم قبول الأعذار إذا لم يكملوا خططهم ومساعدتهم في إعادة تشكيل الخطط إذا كان ذلك ضرورياً^(١١١) .

ويصف كوري (١٩٨٦) العلاج الواقعي بالأسلوب التالي: «العلاج الواقعي تدخلٌ قصير المدى نسبياً يمكن تطبيقه في الإرشاد الفردي، والعلاج العائلي والزواجي، والإرشاد الجماعي، والخدمة الاجتماعية، والتربية والتعليم، وبيوت الأزمات، ومراكز إساءة استعمال المواد، وبدرجة محدودة في الممارسة الخاصة»^(١١٢) .

ومن بين نقاط القوة فيه حقيقة كونه علاجاً قصير المدى، موجهاً نحو الفعل، وهذا ما يشجع العملاء على ممارسة الحرية والمسؤولية. أما في ما يتعلق بقصوره كعملية إرشادية، فقد انتُقد، كما لاحظ كوري: «لتجاهله

(١١٠) المصدر نفسه .

(١١١) المصدر نفسه، ص ٢٤٨ .

(١١٢) المصدر نفسه، ص ٢٥٤ .

اللاشعور، وقوة الماضي وتأثير الخبرات الصدمية في الطفولة المبكرة، والقيمة العلاجية للأحلام، ومنزلة التحويل»^(١١٣).

وسيتم التعرض لمسألة إمكانية تطبيق نظريات العلاج النفسي الغربية في السياق السعودي في الفصل الثاني.

لقد تطرق هذا الفصل في جزأين لطبيعة وعمل الإرشاد والعلاج النفسي. تطرق أولاً إلى مسألة ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي بما في ذلك مسألة تعريف مصطلح العلاج النفسي وما إذا كان يختلف عن مصطلح الإرشاد أو لا. كما تم تقديم عرض موجز لأصول تطور الإرشاد والعلاج النفسي التاريخية، والتطرق لبعض المسائل ذات الصلة مثل مسألة الجلسات التي يتم فيها الإرشاد والعلاج النفسي.

وتطرق ثانياً إلى بعض الأوجه النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي ودور النظرية في الإرشاد. وناقش النظريات الأكثر تطبيقاً في الإرشاد والعلاج النفسي ودور المعالج في كل نظرية. وكان تركيز المناقشة على ثلاث مدارس إرشادية رئيسية: مدرسة المنحى الدينامي النفسي، والتي تمثلها الطريقة التحليلية بصورة أساسية؛ والمنحى الخبراتي وتضمن العلاج الوجودي، والمتمركز حول الشخص، والجشطلتي؛ وأنواع العلاجات بالفعل الموجهة ذهنياً وسلوكياً وتتضمن العلاج الأدلري، وتحليل التعامل، والعلاج السلوكي، والعلاج الانفعالي العقلاني، والعلاج الواقعي.

ومن المناسب الآن أن نلتفت إلى السياق المباشر السعودي لهذه الدراسة. وسيقدم في الفصلين التاليين. الأول منهما، الفصل الثاني، ويستكشف ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي في السياق السعودي.

(١١٣) المصدر نفسه، ص ٢٥٧.

الفصل الثاني

الإرشاد والعلاج النفسي في السياق السعودي

يركز هذا الفصل على الجوانب التاريخية والثقافية للمملكة العربية السعودية، فهو يُغطي المعتقدات السعودية التقليدية فيما يتعلق بالأمراض النفسية وطرق العلاج النفسي عند السعوديين. أخيراً، يعرض الفصل أمثلة لبعض المشكلات النفسية.

خلفية تاريخية وثقافية

هناك ثلاثة عوامل رئيسة تؤثر في خاصية المجتمع العربي السعودي وهي: الإسلام، والثقافة القبلية العربية، والثقافة الغربية^(١).

إن تأثير الإسلام واضح حين ندرك أن الأرض التي توجد عليها السعودية تحتل موقعاً خاصاً في قلب المسلمين حول العالم لاحتوائها على مدينتين مهمتين هما: مكة المكرمة والمدينة المنورة. وتأتي أهمية مكة المكرمة، بشكل أساسي، من كونها المدينة التي شهدت بزوغ فجر الإسلام، ولاحتمائها أيضاً على المسجد الحرام. في مركز هذا المسجد توجد الكعبة المشرفة وهي عبارة عن غرفة صغيرة قد أمر الله سبحانه وتعالى إبراهيم وإسماعيل ببنائها قبل أكثر من أربعة آلاف سنة. ويؤمّر جميع المسلمين بالتوجه نحو الكعبة في صلاتهم حيثما كانوا على هذه الأرض^(٢).

وتأتي أهمية المدينة المنورة من كونها المدينة التي هاجر إليها الرسول ﷺ من مكة عام ٦٢٢م. وتمثل هذه السنة بداية التاريخ الهجري المبني على اثني

O. Al-Radhi, «Cultural and Mental Health in Saudi Arabia.» (Riyadh, Ministry of Health, [n.d.]) (Unpublished Manuscript).

A. Al-Saif, «Islamic Education in Saudi Secondary Schools.» (Unpublished Ph. D. Thesis, University of Manchester, Faculty of Education, United Kingdom, 1996).

عشر شهراً (٣٥٤) يوماً، ولا يعطي أهمية للفصول^(٣). وتتضمن المدينة المنورة أيضاً المسجد النبوي الشريف.

وهناك أركان خمسة للإسلام، يُفترض بجميع المسلمين إتباعها، حيث أمر الله سبحانه بذلك. كما يشرح دوبفسكي (Dubovsky): «بالإضافة إلى أركان الإسلام الخمسة (شهادة أن لا إله إلا الله وأن محمداً رسول الله، وإقامة الصلاة، وصوم رمضان، وإيتاء الزكاة، وحج بيت الله الحرام مرة من استطاع إليه سبيلاً)، فإن تعاليم الإسلام تؤكد على التزام أوامر الله، ونواهيه وعقوباته»^(٤).

وفي كل عام، تستقبل المملكة العربية السعودية أكثر من مليوني مسلم من مختلف أصقاع المعمورة لأداء فريضة الحج في مكة المكرمة. يُفضي بالضرورة اتصال هذا العدد الكبير بعضه ببعض إلى تبادل مشكلات كثيرة منها الاضطرابات النفسية. وهذا يوفر فرصاً بحثية قيمة في تخصصات عدة^(٥).

ويؤثر الإسلام في جميع جوانب الحياة لدى السعوديين وفي كل المستويات. ويحاول السعوديون تمثل قيم تعاليم الإسلام في سلوكياتهم: «والإسلام هو دين الدولة ويعدّ المصدر لنظامها المدني والقضائي التشريعي حيث تُمثل الشريعة النظام الإسلامي المتكامل للقانون ذي الطابع الديني والتوجه الأخلاقي. ويمثل الفقه، وهو عبارة عن طريقة منظمة لتفسير الشريعة، سند الشريعة. لقد تطورت الشريعة من نظام يتعامل مع القضايا اليومية البسيطة في أيام الإسلام الأولى لتصبح المؤسسة الاجتماعية المعقدة والشاملة الحالية اليوم. وهناك مصدران أساسيان للشريعة هما القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة»^(٦).

إن تأثير الدين الإسلامي والثقافة العربية ضارب في أعماق المجتمع السعودي عبر التاريخ، وهما يشكلان بذلك طبيعة هذا المجتمع المتميز

S. L. Dubovsky, R. Pasnau and L. Hartmann, «Psychiatry in Saudi Arabia», (٣) *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, no. 11 (November 1983), p. 1455.

(٤) المصدر نفسه، ص ١٤٥٥.

(٥) المصدر نفسه، ص ١٤٩٣.

A. Al-Subaia, «Psychiatry in Saudi Arabia: Cultural Perspectives», *Transcultural Psychiatric Research Review*, vol. 29 (1989), pp. 245-246.

والمحافظ في قلب الشرق الأوسط.

إن تأثير الثقافة الغربية يعد حديثاً نسبياً، حيث من الممكن القول إن أول اتصال مع الغرب نتج من الوجود الغربي إبّان إنشاء شركة الزيت العربية الأمريكية (أرامكو) في الثلاثينيات من القرن العشرين^(٧). فعلاقة المملكة العربية السعودية مع الغرب بدأت بالنمو منذ اكتشاف النفط عام ١٩٣٦: «... إن علاقة المملكة العربية السعودية مع الغرب بدأت بالنمو عبر أنظمة مختلفة من المصالح المشتركة والتي تحمل معها أفكاراً تتباين بتباين الفروق الثقافية بين الغرب والمملكة العربية السعودية. وتبدو نتائج هذا التلاقح الثقافي جلية في ميادين عدة منها ميدان المرض النفسي الذي بدأ بالتغير ونتيجة لذلك تغيرت ممارسة العلاج النفسي في المملكة العربية السعودية»^(٨).

كانت الحياة إلى زمن قريب صعبة في صحراء الجزيرة العربية: «... لقد كانت المملكة العربية السعودية عبارة عن مجتمع بدوي تقليدي فقير منعزل. وبعد حروب قبلية ومعارك مع الاستعمار العثماني، تأسست المملكة العربية السعودية عام ١٩٣٢ بواسطة عبد العزيز بن سعود»^(٩).

إن التغييرات التي حصلت في كل جوانب الحياة في المملكة العربية السعودية منذ عام ١٩٣٠ واضحة. وكما يناقش السبيعي: «هذه التغييرات السياسية، والاجتماعية والاقتصادية مع مضي العقود قد أثرت، بلا شك، في الصحة النفسية لشعب المملكة العربية السعودية»^(١٠).

ويكتب دوفسكي ما لاحظته من خلال خبرته كطبيب نفسي عمل في السعودية فيقول: «... مما يهم الطبيب النفسي القوانين المنظمة للزواج، والمحرمة لاستخدام الكحول، والداعية لاحترام المقدسات. العقوبات العامة الصارمة تُتطلب للقتل والسرقه والزنى. وتشتق القوانين الجنائية والمدنية في المملكة العربية السعودية بشكل مباشر من مبادئ دينية كقوانين مقدسة غير

A. Butler, «Sexual Apartheid in Saudi Arabia,» *New Society* (6 July 1978), p. 14. (٧)

S. Al-Owidha, «The Applicability of Western Psychotherapy to Saudi Arabian Mental Health Institutions,» paper presented at: Conference Organized by International Society for Theoretical Psychology with the Support of CNRS, Bierville, France, 25-30 April 1993, p. 1.

F. S. Al-Yahya, «Saudi Arabia: Acknowledging Problems in a Transitional Culture,» (٩) (Riyadh, Military Hospital, Department of Psychiatry, [n.d.]) (Unpublished Manuscript), p. 99.

Al-Subaie, «Psychiatry in Saudi Arabia: Cultural Perspectives,» p. 245. (١٠)

أولاً: المعتقدات السعودية التقليدية تجاه المرض النفسي

بالرجوع إلى الراضي، فإن المعتقدات السعودية التقليدية تفترض أن المرض النفسي ينشأ نتيجة الأسباب التالية:

- ١ - التنسيم . (Organic tissue in the brain and skull, an abnormal blood vessel, air coming out of the skull)
- ٢ - اضطراب الدم في الجسد . (Deficiency of blood in the body)
- ٣ - المشكلات الانفعالية «النفس» . (Emotional Problems)
- ٤ - الحسد («Evil eye»)
- ٥ - الجن . (Evil spirits)
- ٦ - السحر . (Sorcery or witchcraft)^(١٢)

ويتحدث السبيعي في دراسة بعنوان: «تجارب الشفاء التقليدية» «Traditional Healing Experiences» عن الطب الشعبي كواحد من نظامين أساسيين للصحة في المملكة العربية السعودية. فبناء على هذه الدراسة، فإن الطب الشعبي مستخدم أكثر من قبل النساء. أما التربية والعمل فلم يتضح أنهما يلعبان دوراً أساسياً في إثارة الطب الشعبي على الطب الحديث. وأكثر التشخيصات شيوعاً كانت قضية الحسد وأكثر الطرق العلاجية لها كانت قراءة القرآن الكريم^(١٣).

ولاحظ أيضاً اليجي في دراسته ما يلي: «معظم السعوديين، خصوصاً في المناطق النائية، يفسرون المرض النفسي على أنه تلبس من الجن والحسد، وبشكل أقل، السحر - خصوصاً في المشكلات الزوجية والمشكلات النفسية الجنسية - يُعتقد أنها تسبب المرض النفسي. والعلاج التقليدي عبارة عن مزيج

Dubovsky, Pasnau and Hartmann, «Psychiatry in Saudi Arabia,» p. 1455. (١١)

Al-Radhi, «Cultural and Mental Health in Saudi Arabia,» p. 3. (١٢)

A. Al-Subaie, «Traditional Healing Experiences in Patients Attending a University Out Patient Clinic,» *Arab Journal of Psychiatry*, vol. 5, no. 2 (1994), pp. 83-91. (١٣)

من الأعشاب، وقراءة أجزاء من القرآن، وبعض الأدعية الدينية. وغالباً ما يُضرب المريض خلال العلاج^(١٤).

ويُقرر دوفسكي أن ممارسة ضرب المريض لجعل جسده غير مؤهل لاستضافة الجن ما زالت موجودة في بعض القرى السعودية، والتي غالباً ما تستخدم لعلاج المشكلات الطبية المستعصية، وغالباً ما تستخدم لعلاج المشكلات النفسية. فقد لاحظ أن: «علاج المشكلات الانفعالية يتضمن استخدام العقاقير، والغريزة، بدلاً من وجود توجه نظري شامل يوجه معظم العلاجات النفسية»^(١٥). فالطبيب النفسي الذي يعمل في المملكة العربية السعودية يشعر أنه مقيد ثقافياً مع مريضه. فمع الأخذ بعين الاعتبار قوة المعتقدات التقليدية فيما يخص أسباب المرض النفسي بين بعض الأوساط الاجتماعية، يحتاج الطبيب النفسي إلى أن يكون مدركاً لهذه المعتقدات حين يقدم تشخيصه، فالفشل في إعطاء التشخيص السليم قد يؤدي إلى فقدان ثقة المريض وعائلته بهذا الطبيب^(١٦).

ويذكر حسين في دراسته^(١٧) أنه استفتى ١٥٠ شخصاً بشكل عشوائي من مراجعي العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالرياض في المملكة العربية السعودية. وتبين أن ٧٩ بالمئة من العينة سبق أن استشاروا معالجاً شعبياً سواء قبل أو بعد مجيئهم إلى العيادة النفسية، و٥٣ بالمئة من العينة سبق أن استشاروا معالجاً شعبياً قبل مجيئهم إلى العيادة النفسية. فقد أوصى بما يلي:

أ - هناك حاجة لتقويم الدور الذي يقوم به المعالج الشعبي في علاج الأمراض النفسية.

ب - هناك حاجة لوجود مقررات تدريبية للعاملين في مجال الصحة النفسية يركّز فيها على قضايا ثقافية في المجتمع السعودي.

ج - المسائل المتعلقة بقناعات المريض التقليدية يجب أن تؤخذ بطريقة

Al-Yahya, «Saudi Arabia: Acknowledging Problems in a Transitional Culture.» (١٤)

p. 101.

Dubovsky, Pasnau and Hartmann, «Psychiatry in Saudi Arabia.»

(١٥)

(١٦) المصدر نفسه.

(١٧) ف. حسين، «دراسة في دور العلاجات غير الأصولية في المرض النفسي،» المجلة العربية

للعلوم النفسية، السنة ٢، العدد ٢ (أ.د.ت.)، ص ١٧٠ - ١٨٤.

جدية ولا يُسخر منها خلال رحلة العلاج النفسي .

د - يجب إعطاء المجال للمعالجين الشعبيين بأن يُصبحوا جزءاً من الفريق العلاجي .

هـ - تنظيم ندوات للمعالجين الشعبيين لمناقشة قضايا تخص العلاج النفسي .

وبعد النظر في القضايا التاريخية والثقافية للمجتمع السعودي، لعله من المناسب النظر الآن في بعض المشكلات النفسية الموجودة في المجتمع السعودي وربطها بإطارها الثقافي .

ثانياً: بعض المشكلات النفسية لدى السعوديين

كما يبدو فإن لدى السعوديين بعض المشكلات النفسية الخاصة بالمجتمع السعودي، فلقد قيّم جلبي تأثير المتطلبات الحضارية للمجتمع السعودي على السكان كما يلي :

«إن الثقافة السعودية هي منظمة وبشكل كبير وتخضع لتأثير أخلاقيات ثابتة وعادات وتقاليد يحترمها الناس . وان مجرد انحراف بسيط عن تلك القوانين هو غير مقبول، والأفراد الخارجون عنها يصبحون وبشكل سريع منبوذين»^(١٨) .

وقضية المظهر والاهتمام به هي من القضايا المهمة في المجتمع العربي بشكل عام، والسعودي بشكل خاص، حيث يعلق المجتمع العربي أهمية كبرى على قضية المظهر، إذ ينظر إلى المظهر على أنه يعكس صفات الفرد ومستواه . وقد أظهرت الإحصاءات في الفترة ما بين عامي ١٩٨٣ و ١٩٨٥ أن نسبة المراجعين للعيادة الخارجية لمستشفى الملك خالد والذين يعانون الاضطرابات العصبية سببها الخوف الاجتماعي (Social Phobia) تصل إلى ١٢ - ١٣ بالمئة، وهناك الضغوط الاجتماعية على الأقارب من حيث العناية بالمرضى العقليين . ومن خلال دراسة استمرت لمدة شهرين لأربعين امرأة في العربية السعودية، فقد لوحظ التزامهن بلبس الخمار حتى خلال جلسات المعالجة مع الطبيب،

K. Chaleby, «Social Phobia in Saudis,» *Social Psychiatry*, vol. 22 (1987), pp. 167- (١٨)

وأن أحد الأقارب الذكور كان يرافق المرأة حتى خلال الجلسات النفسية. وقد كانت النساء يعانين آلاماً في الرأس والكتفين والظهر وآلام الأعصاب وبعض المشاكل في القلب. وهن بشكل عام غير متعاونات ويفضّلن الدواء على جلسات العلاج النفسي. وقد بين راسي أن المرأة تعاني الاكتئاب وبعض الاضطرابات كنتيجة للضغوط التي تواجهها بدءاً بالحمل وتوقع جنس الجنين والتعامل مع الزوجات الأخريات للزوج. وكونها تلتزم بارتداء الخمار في الجلسات النفسية يصنع حاجزاً بينها وبين الطبيب النفسي كون الخمار يحجب تعابير الوجه والتي تعد ضرورية لتشخيص الحالة^(١٩).

أما كيفية التعامل مع المريض، فإن الطبيب المعالج يجب أن يكون حازماً ويتمتع بالدبلوماسية في الوقت نفسه، حيث إن أي إشارة من المعالج للبنية الجسدية للمرأة أو لحقوقها قد تزيد الأمر تعقيداً وسوءاً.

والمرأة في المجتمع السعودي تتعرض لضغوط جديدة، حيث هناك تزايد الصراع بين التقاليد والتي تضعها في دور الزوجة الخاضعة والتي يتمحور دورها على إنجاب الذكور. وهناك الرغبة لديها في الحصول على التعليم والاطلاع على الأفكار الجديدة، وهذا الصراع يظهر على شكل اضطرابات جسدية^(٢٠). وهناك الضغوط التي تواجهها المرأة في حالة فشلها في تلبية متطلبات المجتمع والزواج كعدم القدرة على الإنجاب، أي العقم الذي يؤدي إلى الطلاق^(٢١).

أما دوفسكي، فقد لاحظ بعض المشكلات التي تواجه المعالج في السعودية وهي تلك المرتبطة بالأمية، حيث إنها شكلت عائقاً للعلاج النفسي. فعلاج الاكتئاب كان مشكلة صعبة حيث إن المرضى مقتنعون بأن الحالة الوحيدة للعلاج هي ان أراد الله ذلك، مما يؤدي إلى سلبية المريض وعدم تعاونه لتحسين حاله. كذلك فقد نقل عدد من حالات الانتحار والإدمان على الكحول والشذوذ الجنسي وإيذاء الأطفال والزوجات.

J. Racy, «Somatization in Saudi Women: A Therapeutic Challenge,» *British Journal of Psychiatry*, vol. 137 (1980), pp. 212-216 .

A. McKellar, «More on Psychiatry in Saudi Arabia,» *American Journal of Psychiatry*, vol. 141, no. 8 (August 1984), pp. 1019-1020.

(٢١) المصدر نفسه.

أما الغالي فقد وضح بعض الأمور في بحث دوفسكي، حيث بين أن تعبير «إن شاء الله» لا يعني التواكل بل التوكل على الله، وأنه لا يدعو إلى السلبية والضعف، وأوضح أيضاً أن السلوك الشاذ جنسياً هو محرم في الإسلام وفي العربية السعودية وأن العناق والتقبيل بين الرجال في المناسبات الاجتماعية ليس له علاقة بالشذوذ. كذلك فإنه كما جاء في ورقة دوفسكي لا يعتبر إيذاء الأطفال والنساء جريمة ولا يتخذ إجراءات لردعها أو معالجتها وذلك غير صحيح، حيث إن الروابط الأسرية قوية جداً في العربية السعودية ويتم التعامل مع هذه الأمور في نطاق الأسرة، أما إذا فشلت الأسرة في علاجها ف يتم تحويلها إلى المحكمة.

وبالنظر إلى الطب النفسي في السعودية، فإننا نلاحظ نمواً كبيراً في هذا المجال من حيث المؤتمرات والبحوث المنشورة والتي تعالج مختلف القضايا.

ثالثاً: أساليب العلاج النفسي في السعودية

وكما اتضح سابقاً، فإن المواطن السعودي يقع تحت تأثير ثلاث قوى ثقافية: الإسلام، والثقافة العربية، والثقافة الغربية. ونتيجة لتلك القوى فإن المواطن السعودي يظهر صفتين وهما: الانتقائية والانعزال الداخلي^(٢٢)، حيث وضح الانتقائية بأن المريض النفسي بشكل خاص هو وعائلته انتقائيان، أي أن المريض يتوجه عادة إلى المعالجة بالقرآن وإذا لم ينجح يتوجه إلى المشعوذين، وإذا لم ينجح يتوجه أخيراً إلى الطبيب النفسي. وحتى خلال المعالجة الطبية فإن المريض قد يتوقف عن العلاج ويستشير المشعوذ أو المعالج بالقرآن. وقد يقضي المريض سنين عمره وهو يتنقل بينهما دون معرفة وضعه وسير علاجه، إلا أن المتعلمين لديهم نظرة أو توجه أكثر استقراراً في هذه المسائل.

أما الانعزال الذاتي، فإن لدى السعوديين التوجه لفصل حياتهم الخاصة عن الحياة المحيطة بهم وأنهم بالاستجابة إلى المؤثرات الخارجية يتأثرون داخلياً في إطار الأسرة والمعارف، مما يشكل عبئاً كبيراً على الأسرة والمعارف، فيحاولون الوصول إلى حلول للمشكلة داخل السعودية أو حتى خارجها. وفي حالة فشل الأسرة في التعامل مع هذه الأمور، فإن ذلك يؤثر في مكانتها الاجتماعية.

Al-Radhi, «Cultural and Mental Health in Saudi Arabia».

(٢٢)

وهناك تطور كبير في العلاج النفسي في السعودية المشتق من مجالات العلاج النفسي الغربي والدين الإسلامي بشكل موحد، وهو ما يعرف بالجماعة الدينية للعلاج النفسي. وهي مشتقة من العلاج النفسي المتبع في الغرب ولكنه صمم ليتناسب مع المعتقدات والممارسات الإسلامية. في هذه المجموعات فإن الاعتبار الاجتماعي والدينية تؤخذ بالحسبان والعلاقة الحميمة والجيدة بين أفراد المجموعة تساعد الفرد على أن يكون مستقلاً، وفي الوقت نفسه تساعد الفرد على فهم وتغيير نفسه إلا أن النصيحة المباشرة في هذا الإجراء غير مسموح بها.

وفي ورقة مقدمة من جلبي (١٩٩٢) يتساءل فيها عن مناسبة استخدام بعض المبادئ الغربية في المجتمع العربي، وقد وجد أربعة عناصر مؤثرة في النتائج العلاجية وهي:

- احترام المعالج للمريض ومعرفته بالثقافة والدين.

- البنية الاجتماعية للمريض.

- الدافعية لدى المريض.

- استخدام الأساليب العلاجية المناسبة^(٢٣).

ويوضح أسباب أهمية هذه العناصر بأن المجتمع العربي هو مجتمع قبلي ذو ثقافة قوية وتمثل الشخصية الأبوية شخصية المسيطر والمهيمن وذلك يتطلب الطاعة التامة من الآخرين. والأب بالتالي مسؤول من شخص أعلى منه، أي ان المجتمع العربي بتركيبته هو مجتمع مجموعات وليس أفراداً، حيث إن مصلحة الجماعة هي أهم من المصلحة الفردية. وذلك بالتالي يؤثر في نظرة الفرد لنفسه من حيث الاستقلالية. وهذه الطبيعة تؤثر في العلاج النفسي بطريقتين: أولاً، أسلوب التعامل مع المريض حيث يأخذ المعالج دور الأب، إذ يكون أكثر اهتماماً وناصحاً وناقداً في الوقت نفسه. والثانية ان المعالج لا يستطيع العمل إلا ضمن تقاليد هذا المجتمع. ويوضح جلبي في ورقته أن الطبيب النفسي يفضل المريض الأكثر تعليماً وثقافة لقدرته على التعامل معه، حيث يستوعب هذا المريض وبسهولة الأساليب الغربية في

K. Chaleby, «Psychotherapy with Arab Patients, toward a Culturally Oriented (٢٣)

Technique,» *Arab Journal of Psychiatry*, vol. 3, no. 1 (1992), pp. 16-27.

العلاج، وكذلك فإن التشخيص مهم للمريض، حيث إن الطبيب يفضل ذلك المريض الذي يعاني اضطرابات تناسب أساليب علاجها وأي مجتمع مهما كان، ومن هذه الاضطرابات: القلق، والاكتئاب، والتأقلم... الخ.

إن تأثير المجتمع هو في الفرد وفي طرق العلاج، بحيث تنمو الثقافة بمراحل معرفية تشابه مراحل النمو لدى بياجيه^(٢٤).

ومن هذا المنطلق فإن المجتمع العربي يعيش مرحلة ما قبل العمليات وانه لا يتعامل مع المفاهيم المجردة بطريقة مناسبة. وعليه، فإن المعالجين النفسانيين يحبذون استخدام طرق مشتركة بين المعرفية والمساندة النفسية. في استخدام الطرق المعرفية يكون دور المعالج دور المرشد الموضح للأمور، ويكون دور المريض هو المتلقي السلبي. أما المساندة فهي تناسب المجتمع القبلي حيث يشابه استخدامها أسلوب التعامل بين الآباء والأبناء من حيث الاعتماد على شخصية الأب.

وقد وضع جلبي بعض المبادئ العملية والتي يعتقد بأهميتها في العلاج النفسي في المجتمع العربي:

- يجب أن يكون المعالج محمداً وناصحاً وواثقاً من نفسه.
- أن يقيم باستمرار حاجات المريض.
- أن يعمل على مواساة المريض.
- التعلم وإعادة التعلم يجب أن تكون من النواحي السرية في عملية العلاج.
- عملية التعليم يجب أن تكون مبنية على أساس المعلم وليس المتعلم.
- يجب أن تستخدم أساليب علاجية مناسبة من حيث اعتماد المريض على المعالج.
- يجب أخذ الدين في اعتبار المعالج.
- أساليب التحويل يجب أن تستخدم من فترة إلى أخرى لمساندة المعالج وتشجيعه لرؤية تغيير في حالة المريض.

(٢٤) المصدر نفسه.

- استخدام الدواء .

وفي برنامج عرض على القناة الأولى لتلفزيون العربية السعودية في شهر تموز/ يوليو ١٩٩٦ تحت اسم «دواء للحوار» وتم فيه تخصيص حلقتين للعلاج النفسي من مقدم البرنامج الدكتور سعود الموصيبيح، استضاف فيه عدداً من الباحثين وهم أربعة من المعالجين، اثنان منهم يعملان في الصحة النفسية:

- الدكتور عبد الله السبيعي، أستاذ ومستشار الطب النفسي في جامعة الملك سعود.

- الدكتور فهد اليحيى، مستشار نفسي في المستشفى العسكري في الرياض.

- الدكتور فهد الدليم، المدير العام في مديرية الصحة النفسية في وزارة الصحة.

- الدكتور سعد الزهراني، أستاذ في علم النفس في جامعة الإمام محمد ابن سعود.

وتمت مناقشة قضايا متنوعة تتناول العلاج النفسي في العربية السعودية، حيث تم تعريف العلاج النفسي سواء بالاستشارة النفسية والجلسات العلاجية أو بوصف الدواء، حيث قال الدليم بأن الناس في السعودية يفضلون أخذ الدواء على جلسات العلاج النفسي، إذ إن الجلسات تتطلب الكثير من الوقت، وهم يفضلون أخذ الدواء بدلاً من حل المشكلة الأساسية. إلا أن الدكتور السبيعي قال إن الدواء يعطى مسانداً للجلسات النفسية، وإن حل المشكلة يعد أساسياً في العلاج. وأشار بأنه وخلال خبرته وجد أن المرضى يفضلون الجلسات النفسية حيث إن الدواء يتطلب الكثير من المال.

أما الدكتور اليحيى، فقد قال إن المرضى السعوديين لهم ثلاث صفات: انهم يرفضون الدواء خوفاً من أن يصبحوا مدمنين، وانهم يريدون حلاً سريعاً للمشكلة، وكون المجتمع قليلاً فإنهم يحتاجون إلى النصح المباشر حيث يأخذ الطبيب دور الأب أو كبير القبيلة. وذكر قصة طفلة في الخامسة من عمرها مصابة بالاكتئاب، حيث رفضت أمها إعطاءها الدواء، وبعد محاولات كثيرة لإقناعها وافقت على إعطائها الدواء، وتم تحويل الطفلة إلى مستشار نفسي لإتمام علاجها.

كما تمت مناقشة كيف يتصرف المريض النفسي وإلى أين يذهب: إلى المعالج أم إلى المشعوذ؟ وكذلك مناقشة خوف العائلة من أن يطلق لقب مريض عقلي على أحد أفرادها.

وقد تمت مناقشة تكاليف العلاج وأسباب عدم شيوعه وتخوف الناس من المعالجة النفسية وأسباب ذلك التخوف.

رابعاً: إمكانية تطبيق نظريات العلاج النفسي الغربي في المجتمع السعودي

لقد شغلت قضية مدى ملاءمة وتأثير العلاج النفسي الغربي الكثير من ممارسي العلاج النفسي الغربيين، مثل: شيسيك (Chessick) (١٩٧٧)، وسيلغمان (Seligman) ١٩٩٥، وماسون (Masson) (١٩٨٩)، ولامبرتس وآخرين (Lamberts et al.) (١٩٨٦)، وايسانك (Eysenck) (١٩٦٥)، وتساز (Szasz) (١٩٧٤)، وتساز (Szasz) (١٩٧٨).

ولكوننا ناقشنا في الفصل الأول معظم نظريات العلاج النفسي في الثقافة الغربية، فإنه حري بنا أن نتناول مدى إمكانية تطبيق العلاج النفسي الغربي على الثقافات المختلفة، ولا سيما على الثقافة العربية السعودية. لقد أوضحت الدراسات أن الفروق الثقافية قد تسبب فروقاً في الأعراض والحالة الإكلينيكية المتجسدة في الاضطرابات النفسية.

وفي كتاب *مشكل اخصائي النفس المسلمين* (١٩٧٩) *The Dilemma of Muslim Psychologists* يلاحظ مالك البدري ما يلي: «إن الجراح الباكستاني الذي تدرب في بريطانيا نادراً ما يحتاج إلى أي نوع من التكيف حين إجرائه عمليات جراحية في بلده. إنه سيجد نفس نوعية... القناة، نفس نوعية القلب والكلى، بغض النظر عن المعتقد، ونوعية الأكل، وطريقة التنشئة أو الوضع الاقتصادي. من جهة أخرى، نجد أن علم النفس متأثر بشكل كبير بالتغيرات الثقافية. صحيح أن هناك بعض القوانين النفسية التي من الممكن تطبيقها عبر الثقافات مثل أهمية التعزيز في التعلم، ولكن عند تطبيق بعض المبادئ مثل استخدامات التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي والطريقة التي تقدم بها تمثل إلى حد كبير ظاهرة محكومة ثقافياً بالأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية داخل كل ثقافة»^(٢٥).

Malik B. Badri, *The Dilemma of Muslim Psychologists* (London: MWH London, (٢٥) 1979), p. 4.

ويرى الشربيني وجلبني «أن أساليب العلاج النفسي الغربية لا يمكن تطبيقها بحذافيرها في المجتمعات الأخرى»^(٢٦). وقد لاحظنا أن تطبيق تلك الأساليب الغربية بحذافيرها في المجتمع السعودي قد أظهر: مشكلات في التعامل مع القضايا التي تتطلب انطباعات والمتعلقة بالفحص وتلك المتعلقة بالخبرة الذاتية للأفراد. إن وضع الاقتراحات على شكل أسئلة أسوء فهمها من قبل المرضى، وإعطاء الأسباب كان ينظر إليه بمفهوم الصح والخطأ. لقد كان المرضى واثقين ومؤمنين بأفكارهم بينما كان من الصعب لديهم قبول أفكار أخرى أو النظر إليها من منظور آخر. لقد أظهر المرضى تعاطفاً، لكنهم لم يبدوا أي نوع من الفهم. وكانت لديهم مشاكل في السيطرة على حاجاتهم الداخلية. ولقد لاحظ الباحثان أن العمليات الذهنية لدى المريض السعودي تشبه وصف بياجيه في مستوى ما قبل العمليات. ويعتقدان بأن المجتمع كله يشابه هذه المرحلة. وركزا على أهمية إيجاد دليل للممارسات النفسية في الدول الأخرى غير الغربية. ولقد استجاب بعض الباحثين لتلك الاقتراحات. على سبيل المثال فقد اهتم لي بقضية الحضارات حيث ذكر «أن المعالج النفسي المهتم بهذه القضية يجب أن يتجاوز الخبرة الذاتية وعملية التعميم على حالة واحدة. بل عليه النظر إلى نماذج مختلفة وأبعاد أخرى في العلاج النفسي بما يتناسب مع الثقافة المحلية للمجتمع»^(٢٧).

أما تشنغ فقد ذكر أن خبرة الأطباء النفسيين في العربية السعودية مشابهة لتلك الخبرة الموجودة في الصين^(٢٨). وإن قضية تطبيق الأساليب الغربية في العلاج تتعلق بمسألة كون المجتمعات الأخرى (غير الغربية) تعاني المشكلات النفسية نفسها التي يعانيها الفرد في الغرب، وإن الثقافة الأفقية والتي تعبر عن ثقافة الفرد والمستوى الاجتماعي له أهم من الثقافة الطولية والتي تعبر عن ثقافة المجتمع كله.

أما عبد، فقد حاول أن يفسر الصعوبات التي واجهها الشربيني وجلبني

E. El-Sherbini and K. Chaleby, «Towards a Culture-Specific Psychotherapy.» *British Journal of Psychiatry*, vol. 160 (1992), p. 425.

S. Lee, «Applicability of Psychotherapy for Non-Western People.» *British Journal of Psychiatry*, vol. 161 (1992), pp. 423-424.

L. Y. Cheng, «Western Psychotherapy and Non-Western Population.» *British Journal of Psychiatry*, vol. 160 (1992), p. 865.

بأن المجتمع الغربي ينمي ويشجع الفردية والاستقلالية^(٢٩)، أما في مجتمعات الشرق الأوسط فإن التفاعل الاجتماعي أكثر أهمية، حيث يستخدم الآباء والمعلمون تعبير «العيب» لتعزيز القيم الاجتماعية، وينهي ورقته بأن الخوف العميق من السقوط الاجتماعي هو الذي يعيق تطبيق الأساليب العلاجية في المجال النفسي. فهناك العديد من القضايا والتي تعد محرمات في العملية العلاجية مثل اكتشاف الذات، وإنه لمن الصعب جعل الفرد يتحدث بصراحة عن هذه الأمور. وعليه فإن تطبيق النمط السلوكي هو أكثر فاعلية في المجتمعات الشرقية.

أما في تعليقه على تطبيق مفاهيم بياجيه في النمو على المجتمعات فإنه يقول: إن هذا النموذج جذاب، ولكنه يحمل الكثير من المخاطر، حيث إن نموذج بياجيه للنمو المعرفي يتم عبر مراحل نمائية، وإن كل مرحلة هي أعلى من المرحلة التي تسبقها، فإذا تم تطبيق ذلك على المستوى الاجتماعي فإن الفرضية تكون بأن هناك مجتمعات أعلى من الأخرى وهي تعكس النظرة «الداروينية» للمجتمعات الإنسانية. وعليه فإنه، بدلاً من محاولة فهم الحضارات المختلفة وذلك كجزء من العالم، فإننا نقوم بإصدار أحكام على مكانة هذه المجتمعات من الحضارات الإنسانية.

R. T. Abed, «Correspondence,» *British Journal of Psychiatry*, vol. 160 (1992), (٢٩)
pp. 805-806.

الفصل الثالث

خدمات الإرشاد والعلاج النفسي
في المملكة العربية السعودية

اهتم الفصل السابق بالتقصي عن وجهة النظر السعودية الإسلامية في الإرشاد والعلاج النفسي من خلال مجموع ما كتب عن هذا الموضوع. وبما أن وجهة النظر هذه تمثل الترجمة والتحول الثقافي للتطورات الدولية في مثل هذه الحقول تماشياً مع الثقافة السعودية الإسلامية، فإن الخدمات المتوافرة في السعودية هذه الأيام تعكس هذا التداخل. والهدف من هذا البحث هو التقصي عن هذه الخدمات وتطورها.

إن الفصلين السابق والحالي متكاملان في هذا المضمار يقدمان معاً سياقاً عملياً ومفاهيمياً بالنسبة إلى ما يمكن اعتباره الملاحظات والإدراكات الحسية للطلبة السعوديين الذين شاركوا في هذا المجال.

لقد تم إجراء المقابلات والاستبيانات معهم من أجل جمع وجهات نظرهم حول الإرشاد والعلاج النفسي، والخدمات الإرشادية ومدى صلتهم ومعرفتهم بتلك الموضوعات والمجتمع السعودي في الوقت الحاضر. وقد تم عرض ذلك في الفصلين السادس والسابع وفسرت في الفصل السابع، بعد مناقشة طريقة البحث التي تعتبر أساساً لهذه الدراسة الموجودة في الفصل الرابع.

ويبحث الفصل الحالي بداية تطور خدمات الصحة النفسية والإرشاد المرتكزة على المستشفيات والعيادات في المملكة العربية السعودية. ثم يأخذ بعين الاعتبار تطور الإرشاد في السياق التعليمي وذلك بفحص تطوره وطبيعته في المدارس الخاصة، والمدارس والتعليم العالي.

أولاً: مؤسسات الصحة النفسية

في أواخر الخمسينيات ومن أجل حماية المجتمع السعودي حجز المرضى ذوو الأمراض النفسية الشديدة في المورستان «وهي مؤسسة في مكة المكرمة»

حيث كانوا يتلقون خدمات طبية محدودة لدرجة أنه لم يقدم لهم الدعم النفسي أو الطبي المتخصص^(١).

وفي عام ١٩٥٩ عُيِّنَ اختصاصي نفسي من قبل وزارة الصحة للعناية بهؤلاء المرضى وهي الخطوة الأولى في علاج المرضى النفسيين وبعد ذلك جرى نقلهم من مدينة مكة إلى مدينة الطائف حيث الجو الجميل والطبيعة الخلابة ما يُفترض أن يحسن أحوالهم إن لم يشفهم.

وفي عام ١٩٦٢ تم تأسيس أول مستشفى للأمراض النفسية في السعودية وهو مستشفى شهر للأمراض النفسية في مدينة الطائف. وقد بدأ الدكتور أسامة الراضي (وهو أول مدير لهذا المستشفى) أعماله كعضو في مشروع تعاوني مع منظمة الصحة العالمية. وقد تضمنت مسؤولياته أيضاً صياغة خطة شاملة لتطوير الخدمات النفسية في السعودية، وأسفر هذا التوسع عن خلق فرص عمل جديدة للمتخصصين في الصحة النفسية مثل علماء النفس والأطباء النفسيين والعاملين الاجتماعيين. إن التطور في هذه الخدمات أدى إلى استعمال الأساليب العلاجية الحديثة بما في ذلك استخدام الأدوية والعلاج النفسي بالكهرباء.

وفي ضوء تلك التطورات بهذا المستشفى عام ١٩٧٣ أصدرت منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة السعودية تقريراً مشتركاً يتضمن ورقة عمل وتوجيهات للتطور القادم للخدمات النفسية^(٢). وكانت إحدى هذه التوجيهات إيجاد دائرة للأمراض النفسية تابعة لوزارة الصحة، وسيكون دورها الرئيسي التخطيط والتنسيق وتطوير سلسلة مشاريع الصحة النفسية في الدولة.

وهناك توصية أخرى بأن يصبح مستشفى شهر للأمراض النفسية الموجود في مدينة الطائف، والذي كانت له تطورات واضحة في المملكة العربية السعودية، مركزاً لتدريب الأطباء لمواجهة حاجات الناس للخدمات الأولية والمتطورة في الدولة. ولتحقيق هذه الخطة فقد أوصى التقرير بتأسيس دوائر للصحة النفسية في معظم مستشفيات السعودية بالإضافة إلى تأسيس

(١) O. Al-Radhi, «Cultural and Mental Health in Saudi Arabia.» (Riyadh, Ministry of Health, [n.d.]) (Unpublished Manuscript).

(٢) وزارة الصحة، «خدمات الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية»، [السعودية]، مكتبة وزارة التخطيط، (١٩٨٢)، رقم ٢٠٢١، و. س ١٤٠٢/٤.

مستشفيات نفسية منفصلة في معظم المدن السعودية^(٣).

وفي العام الهجري ١٤١٢/١٤١٣ وبناء على تقرير عن الصحة النفسية^(٤) أصبحت المديرية العامة للصحة الاجتماعية والنفسية مسؤولة عن جميع المؤسسات النفسية في الدولة بالإضافة إلى الإشراف على جميع المستشفيات والعيادات النفسية. كما أنها مسؤولة عن تنظيم الندوات والاجتماعات الخاصة بقضايا الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية من أجل نشر المعلومات لمساعدة الاختصاصيين بالاطلاع على أحدث التطورات في هذا المجال محلياً وعالمياً. وكجزء من هذه العملية قامت المديرية العامة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بدعوة عدد من الخبراء والمستشارين من الدول الأخرى لزيارة السعودية، من أجل المساعدة في تطور الطب النفسي وما يتعلق به في المملكة العربية السعودية. وتراقب المديرية العامة للصحة النفسية أيضاً تطور خدمات الصحة النفسية في قطاع التعليم. ويتم إجراء برامج تدريبية مكثفة ذات صلة بالصحة النفسية للعاملين في هذا المجال بالتعاون مع جامعتي الملك سعود والإمام محمد بن سعود في الرياض. وتكون دوائر الخدمات الاجتماعية المحلية مسؤولة عن كشف آراء المرضى بما يتعلق بالخدمات المقدمة من المستشفيات والأطباء والمرضى ودرجات العناية والنظافة والطعام. وتتعاون هذه الدوائر مع مديرية الوعي الصحي (قسم من وزارة الصحة) لتزويد المرضى بالمعلومات الصحية بشكل فردي أو جماعي^(٥).

ويكشف التقرير أيضاً عدداً من القضايا الإحصائية المهمة والمتعلقة بالتدابير الصحية العقلية كما كانت عام ١٩٩٢:

١ - كان هناك ٦١ مؤسسة صحية نفسية من بينها مستشفيات ودوائر وعيادات الطب النفسي.

٢ - كان هناك ١٧٧٣ سريراً لمرضى الطب النفسي على المستوى الوطني.

٣ - تم معالجة ما مجموعه ٣٥١٨٩٧ شخصاً في هذه المؤسسات عام

(٣) المصدر نفسه.

(٤) وزارة الصحة، «الصحة النفسية»، (الرياض، الوزارة، المديرية العامة للصحة الاجتماعية والنفسية، ١٩٩٢)، ص ٢١١ - ٢١٥.

(٥) المصدر نفسه.

١٩٩٤م/١٤١٢هـ. وهذا يمثل زيادة ١٦١٤٣ مريضاً على السنة الماضية أي بنسبة زيادة أقل من ٥ بالمئة بقليل.

٤ - بلغ عدد المرضى الجدد ٧٠٠٦٣، وهذا يمثل نقصاً عن أرقام السنة الماضية.

وفي هذه الأيام توجد مصحات نفسية في ١٥ من المدن الرئيسية في السعودية (الرياض، وأبها والطائف ونجران وجيزان والمدينة والباحة وجدة والهفوف والجوف وعرعر وحائل والقصيم والقريات وتبوك) كما توجد عيادات للطب النفسي في مستشفيات أكثر من ٤٣ مدينة صغيرة مثل (الزلفي والمجمعة والخرج وعفيف والدوادمي وطريف) ويوجد ثلاثة أقسام للطب النفسي ضمن المستشفيات الرئيسية كمستشفى الملك عبد العزيز في مكة والمستشفى المركزي في الدمام ومستشفى حفر الباطن^(٦).

الجدولان رقما (٣ - ١) و(٣ - ٢) المأخوذان من النشرة الرسمية يدلان على الارتفاع الحالي لخدمات الصحة النفسية في المملكة، ويجب أن يلاحظ بأن المناطق تختلف في الحجم نسبة إلى عدد السكان الذين تقدم لهم الخدمة. لذلك يجب عدم أخذ الفرق بين الأرقام كدليل على أن الناس في منطقة معينة أكثر عرضة لاضطرابات الصحة النفسية من أي مكان آخر.

وبالإضافة إلى مؤسسات القطاع العام توجد المراكز المتخصصة بحبوس الإدمان وتدعى مستشفيات الأمل تماماً مثل مؤسسات الإعاقة النفسية والجسدية التي ستؤخذ بعين الاعتبار في القسم القادم ضمن القطاع التعليمي.

ومع أن وزارة الصحة تقوم بتوفير جزء مما يطلب في مجال الخدمات العامة، إلا أن بعض الوزارات تقوم بتجهيز عيادات وخدمات إرشادية متخصصة. فمثلاً يوجد عيادة للصحة النفسية في المستشفى العسكري التابع لوزارة الدفاع حيث تقوم هذه العيادة بتوفير الخدمات الإرشادية لأفراد الجيش المدنيين والعسكريين.

(٦) المصدر نفسه.

الجدول رقم (٣ - ١)
حالات الاضطراب النفسي الجديدة وعدد الزيارات (وزارة الصحة -
المستشفيات بحسب المناطق، ١٩٩٤)

المنطقة للمجموع	زيارات الحالات	الحضور الجدد			المنطقة
		بالمئة	الحالات	رقم	
١٢,١	٣٩,١٧٣	٩٣,٤	٧٤٠٠	٧,٩٢١	الرياض
٧,٦	٢٤,٣٩٠	٣٨,٧	١,٣٣٧	٣,٤٨٥	مكة
٨,٤	٢٧,٠٣٣	٨٦,٣	٤,٣٠١	٤,٩٨١	جدة
٦,٩	٢٢,٣٧٥	٩١,٥	١,٨٠١	١,٩٦٨	الطائف
٨,٢	٢٦,٥٩١	٩٩,٨	٢,١٩٧	٢,٢٠٢	المدينة
٧,٢	٢٣,٣١٥	٩٧,٨	٣,٤٠٦	٣,٤٨٣	القصيم
٤,٦	١٤,٩٩٨	٩٠,٢	٣,٣١٦	٣,٦٧٨	الشرقية
٤,٦	١٤,٧٦٥	٤١	٢,٢٢٢	٥,٤١٦	الأحسا
١,٤	٤,٣٩٣	٥٠,٩	٧٧٤	١,٥٢١	حفر الباطن
٨	٢٥,٨٣٥	٩٥,١	٧,١١٦	٧,٤٧٩	عسير
١,٣	٤,٠٨٥	٩٨,٨	٢٤٠	٢٤٣	بيشة
٣,٦	١١,٦٣٦	٩٧,٤	٥,٥٧٤	٥,٧٢٥	تبوك
٣,١	١٠,٠٦١	٤١,٦	٤٤٤	١,٠٦٨	حائل
٢,١	٦,٨٠٣	٩٩,٩	٣,٩٨٨	٣,٩٩٢	الشمالية
٩,٣	٢٩,٩٦٠	٩٣,٣	٢,٧٥٩	٢,٩٥٦	جيزان
٣,٩	١٢,٤٥١	٢٥	٢,٦٧٠	١٠,٦٩٦	نجران
٤,٩	١٥,٧٣٦	٦٣,٤	٢,٥٨٢	٤,٠٧٣	الباحة
١,٣	٤,١٢٠	١٠٠	١٥٧	١٥٧	الجوف
١,٦	٥,١٥١	٩٩,٦	٥٣٧	٥٣٩	القريات
١٠٠	٣٢٢,٦٩	٧٣,٨	٥٢,٨٢	٧١,٥٥	المجموع

المصدر: Ministry of Health, Health Report for the Year 1414/1415 (Riyadh: General Directory of Mental Health, 1995), p. 217.

الحضور = المرضى
الحالات = المرضى الجدد.
الحالات كما في النسبة المئوية للحضور.

الجدول رقم (٣ - ٢)
المرضى الجدد المراجعون والمقيمون في أقسام الصحة النفسية في مستشفيات
وزارة الصحة، ١٤١٣ و ١٤١٤ هـ (١٩٩٤م)

١٤١٤ (١٩٩٤)		١٤١٣ (١٩٩٣)		المنطقة
المقيمون	المراجعون	المقيمون	المراجعون	
١,٣٤٢	٧,٤٠٠	١,٣٩١	٨,٣٧٧	الرياض
٥٦٠	١,٣٣٧	٧٨٦	٢,٩٦٨	مكة
٩٣٩	٤,٣٠١	٩١١	٣,٤١٠	جدة
٥٩٥	١,٨٠١	٥٤١	٢,٠٢٦	الطائف
١,٤٧٦	٢,١٩٧	١,٢٢٦	٢,٣١٩	المدينة
٦٣٣	٣,٤٠٦	٧٤٢	٣,١٤٤	القصيم
٤٣٠	٣,٣١٦	٤٠٩	٣,٢١٨	الشرقية
٧٩٧	٢,٢٢٢	٧٩٧	٦,٦٣٠	الأحسا
١٣٨	٧٧٤	١٢٧	١,٦٠٤	حفر الباطن
٨٤٠	٧,١١٦	٦٨٥	٦,٣٥٣	عسير
١٢٥	٢٤٠	١١١	٣٤٨	البيشة
٥٠٩	٥,٥٧٤	٤٦٤	٥,٠٢٤	تبوك
٢٩٦	٤٤٤	٢٨٢	٨٧٣	حائل
٣٧٧	٣,٩٨٨	٢٤٢	٣,٨٢٣	الشمالية
٥٣٥	٢,٧٥٩	٥٥٧	٣,٢٥٦	جيزان
٣٠٨	٢,٦٧٠	٣٢٤	١٠,٢٦٢	نجران
٤٨٧	٢,٥٨٢	٥٠٣	٤,٩٥٤	الباحة
٢٤٠	١٥٧	١٦١	٢٥٧	الجوف
٢٠٨	٥٣٧	١٥٩	٤٤٤	القريات
١٠,٨٣٥	٥٢,٨٢١	١٠,٤١٦	٦٩,٢٩٠	المجموع

المصدر: المصدر نفسه، ص ٢١٨.

إن مثل هذه الخدمات، وعلى رغم أنها لا تتبع للمراقبة المباشرة من قبل وزارة الصحة تبقى على صلة مع الأقسام والدوائر هناك مع الاحتفاظ باستقلاليتها.

وقد افتتحت شركة البترول العربية الأمريكية (أرامكو) في المنطقة الشرقية للمملكة السعودية عيادة صغيرة للطب النفسي في المستشفى الخاص بها لمعالجة الأجانب (١٩٨٣م - ١٤٥٨هـ).

وتوجد في المدن السعودية الرئيسة مثل الرياض وجدة عيادات خاصة للصحة النفسية تعمل بالتعاون مع بعض الخبراء والأساتذة في مجال الطب النفسي وعلم النفس. ومع أن هذه العيادات وجدت لكافة الناس، إلا أن روادها هم من فئة معينة وهم الأغنياء الذين يستطيعون تحمل التكاليف وذوو الشهادات العليا في التعلم الذين يشعرون بالحاجة للكشف عن بعض المظاهر الشخصية في حياتهم بعيداً عن قوائم الانتظار في عيادات ومستشفيات القطاع العام حيث فرص مشاهدتهم بسرعة من قبل الطبيب ضئيلة.

ثانياً: الخدمات الإرشادية والتعليم

إن هذا القسم يبحث في تطور الإرشاد والخدمات ذات العلاقة بقطاع التعليم. وأول ما بدأت به هو ما يسمى بالتعليم الخاص الذي يتعامل مع المعوقين جسدياً ونفسياً، علماً أن التعليم الخاص هو على هوامش الخدمات الإرشادية للشعور بأن الإعاقات التي تظهر من مصادر جسدية ونفسية يمكن أن تظهر مشاكل التكيف النفسي والاجتماعي للأفراد وعائلاتهم.

ولا بد هنا من عرض مختصر لحالة التعليم الخاص وتبعاً للدليل الموجز المنشور من قبل مديرية برامج التعليم الخاص فإن الأصول الرسمية للتعليم الخاص في السعودية ترجع إلى سنة ١٩٥٨ عندما تم تدريس طريقة برييل لمائة مكفوف وكانت البرامج الأولى تعطى مساءً في مدرسة في مدينة الرياض^(٧).

لقد تم افتتاح أول مدرسة للمكفوفين من قبل وزارة التعليم وكانت تدعى مدرسة النور وكان دورها هو تعليم وتدريب المكفوفين على القراءة.

وقد بدأ التعليم الخاص للصم في عام ١٩٦٤ عندما تم فتح مدرستين متخصصتين للأطفال الصم في الرياض تدعيان مدرستي النور إحداهما للذكور والأخرى للإناث وفي عام ١٩٨١ جرى افتتاح أول مدرستين للأطفال المتخلفين عقلياً وكان عدد مدارس النور إحدى عشرة، ومدارس الأمل عشراً

Ministry of Education, *Guidelines for Special Education* (Riyadh: General Directory (٧)

for Special Education Programmes, Ministry of Planning Library, 1981), no. 3799.

وباشرت وزارة التربية والتعليم في تطوير تعليم المحتاجين للتعليم الخاص .

ويشير التقرير الوطني الأخير لتطوير التعليم إلى ما يلي :

«لقد أصدرت الدولة أكثر من قرار ينص على أن كل شخص معوق ويكون مؤهلاً فنياً يحق له تسلم مبلغ ٥٠,٠٠٠ ريال سعودي (ما يقارب ٨٣٣٣ جنيهاً استرالياً) ليتمكن من البدء في مشروع خاص به منفرداً أو بمشاركة آخرين للعمل بروح التضامن الاجتماعي المباح شرعاً. وأن الدولة ستزود كل شخص معوق لم يستفد من البرامج التعليمية أو التأهيلية أو من لا يستطيع تأمين حاجاته اليومية بمبلغ من تسعة إلى عشرة آلاف ريال سعودي (ما يقارب ١٠٠٠ - ١٤٠٠ جنيه استرليني)»^(٨).

أما بالنسبة إلى التوظيف فقد وفرت السعودية فرصاً للأفراد المعوقين والذين يحملون شهادات تعليمية أو مهنية كما جاء في نص ذلك التقرير نفسه: «توظيف عدد لا يقل عن ٢ بالمئة من الأفراد المعوقين المؤهلين في مؤسسات خاصة والتي توظف أكثر من خمسين عاملاً وتسمح لمدرسي المكفوفين بالحصول على دراسة بدوام كامل في الجامعة وهم على رأس عملهم»^(٩).

وكشف التقرير نفسه بأن الحكومة تسمح بخصم ٥٠ بالمئة للمعوقين عند التنقل بأي من وسائل النقل الحكومية^(١٠).

وفي عام ١٩٨١ كان هنالك عشر من مدارس النور للمكفوفين ذكوراً وإناثاً، وإحدى عشرة من مدارس الأمل للصم وست مدارس للمتخلفين عقلياً. وفي الوقت نفسه توافر بعض الصفوف الخاصة للذين يحتاجون إلى تعلم خاص في بعض المدارس الحكومية^(١١).

Development of Education in the Kingdom of Saudi Arabia: National Report (٨) (conference), prepared by Data Center in collaboration with the National Committee for Education, Culture, and Science (Riyadh: Ministry of Education, Educational Development, 1996), p. 74.

(٩) المصدر نفسه، ص ٧٤.

(١٠) المصدر نفسه، ص ٧٥.

Ministry of Education, *Guidelines for Special Education*.

(١١)

الجدول رقم (٣ - ٣)
الطلبة المسجلون في التعليم الخاص حسب نوع التعليم والجنس : ١٩٨٤ /
١٩٨٥ - ١٩٩٥ / ١٩٩٦

١٩٩٦/١٩٩٥		١٩٨٥/١٩٨٤		نوع التعليم	
إناث	المجموع	إناث	المجموع		
٣	١١	٣	١١	المراكز	النور للمكفوفين
٢٢٤	٧٦٠	٨٨	٣٧٧	الطلبة	
٩١	٢٧٤	٤٦	٣٨١	المعلمون	
٩	٣٢	٤	١٠	المراكز	الأمل للصم
١٣٩٣	٣٦٨٥	٥٠٥	١٣٧٤	الطلبة	
٢٧٨	٨٠١	١٢٨	٢٩٥	المعلمون	
٦	٢٣	٣	٧	المراكز	التعليم الفكري
٩٨٣	٣٣٥٦	٢٧٦	٨١٣	الطلبة	
٢٠٨	٦٣٧	٨٢	١٨٣	المعلمون	
١٨	٦٦	١٠	٢٨	المراكز	المجموع
٢٦٠٠	٧٨٠١	٨٦٩	٢٥٦٤	الطلبة	
٥٧٧	١٧١٢	٢٥٦	٨٥٩	المعلمون	

الجدول رقم (٣ - ٤)
التطور الكمي في مراكز التعليم الخاص خلال السنوات الخمس الماضية

المعلمون		الطلاب		الصفوف		المراكز		السنة الدراسية
٤١٩	١١٤٦	١٨٠١	٤٩٨٤	٢٢٢	٥٩١	١٥	٣٨	١٩٩٢/١٩٩١
٤٨٩	١٣٣٦	٢٠٩٠	٥٦٥٨	٢٤٢	٦٦٤	١٦	٤٦	١٩٩٣/١٩٩٢
٥٤٠	١٤٨٦	٢٢٤٤	٦٣٤٥	٢٧٦	٧٥٦	١٧	٥٤	١٩٩٤/١٩٩٣
٣٦٤	١٣٣٧	١٥٨٩	٦٢٨٥	٥٤٤	١٠٦٨	١٣	٥٧	١٩٩٥/١٩٩٤
٥٧٧	١٧١٢	٢٦٠٠	٧٨٠١	٨٧٥	٨٧٥	١٨	٦٦	١٩٩٦/١٩٩٥

المصدر : Development of Education in the Kingdom of Saudi Arabia National Report (Conference), Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Education, Educational Development; prepared by Data Center in collaboration with the National Committee for Education, Culture and Science (Riyadh: Ministry of Education, Educational Development, 1996), p. 76.

١ - الإرشاد في المدارس الحكومية

إن توفير وسائل التعليم الخاص للمعوقين هو إحدى حلقات سلسلة الإجراءات المتخذة لتطوير خدمات التعليم الكامل والفعال وكذلك برنامج الإرشاد.

إن أسمى هدف لبرنامج النصح والإرشاد هو مساعدة الطلاب على فهم أنفسهم وقدراتهم بشكل أفضل، كما جاء في الراشد (١٩٩٦)، فإن إرشاد الطلبة الذي يمارس كإرشاد وقائي يعمل على إنقاذ الطلاب من مخاطر محتملة». وهذا الهدف يجب أن يتوافق مع تعاليم ومبادئ الإسلام التي تشكل جزءاً أساسياً من نظام التعليم السعودي. وعلى كل حال لا توجد كتابات كافية تركز بشكل أساسي على العلاقة بين الإسلام والإرشاد^(١٢).

والمشكلة الأخرى التي تواجه الشباب العربي بعامة هي نقص خدمات الإرشاد في كثير من المدارس والجامعات في الوطن العربي. وكما كتب سليمان: «إن الخدمات الإرشادية غير متوفرة في الدول العربية وحسب معرفتي فإن الخدمات الإرشادية التي تقدم في كثير من المدارس والجامعات في ٢٢ دولة عربية غير متوفرة بشكل جيد»^(١٣).

وقد نقل سليمان (١٩٨٧) وجهات نظر المشاركين في مؤتمر للإرشاد من ناحية تطور الإرشاد في الوطن العربي. وروى المشاركون بأن برامج الإرشاد التربوي في بلادهم قليلة، وقال بعضهم الآخر إن الحاجة إلى الإطار النظري للإرشاد يعتمد على الثقافة العربية^(١٤).

وفي مقالة بعنوان «مكانة الإرشاد في مصر» ذكر بلم^(١٥):

M. A. Saleh, «Counselling and Guidance in the Kingdom of Saudi Arabia.» (١٢) *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 10 (1987), pp. 280-281.

A. M. Soliman, «The Counselling Needs of Youth in the Arab Countries.» (١٣) *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 9 (1986), pp. 61-72.

A. M. Soliman, «Status, Rationale and Development of Counselling in the Arab Countries: Views of Participants at a Counselling Conference.» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 10 (1987), pp. 131-141.

H. P. Bluhm, «The Place of Guidance in Egypt.» *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 6 (1983), p. 32.

«أن تقديم نموذج الإرشاد الأمريكي في النظام التربوي يبدو غير ممكن بسبب الصراع الموجود بين حق الأفراد في اختيار طرقهم الخاصة بهم وحق المجتمع في إرشادهم». ولاحظ أيضاً أن «الطريقة الأمريكية لم تكن ذات أهمية لأن فلسفتها وممارستها تعتبر غريبة».

وقبل الأخذ بعين الاعتبار توفير وسائل الإرشاد في القطاع الرئيسي للتعليم في السعودية، فإنه من المفيد جذب الانتباه إلى بعض مواصفات نظام التعليم السعودي. وبما أن المملكة دولة إسلامية فإن التعليم فيها غير مختلط في المدارس (ما عدا رياض الأطفال). وأكثر من ذلك يوجد هنالك مؤسسات منفصلة لتعليم الذكور والإناث. ووزارة التربية هي المراقب المباشر لتعليم البنين، وأصول هذا النظام تعود إلى سنة ١٩٥٣ عندما تم تكوين أول وزارة تربية حديثة وكان دورها تنظيم نظام تعليم البنين في جميع أنحاء المملكة. أما اليوم فقد استبدل هذا النظام بنظام المراحل الثلاث الابتدائي والمتوسط والثانوي. ومنذ عام ١٩٥٣ أصبح هناك توسع سريع في توفير المدارس للمراحل الثلاث في المملكة وفي أعداد الطلبة المقبولين في المدارس.

والعرض هذه الأيام أن يذهب جميع الذكور إلى المدارس ممن هم في نهاية المرحلة المتوسطة والذين تتراوح أعمارهم بين الحادية عشرة والرابعة عشرة ثم إن معظمهم يكملون المرحلة الثانوية، وهذا لم يكن إلزامياً في الماضي.

ويراقب المنهاج ويضبط بدقة كبقية مظاهر الخدمات الأخرى من قبل وزارة التربية والتعليم في الرياض ويركز هذا المنهاج على المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب والمعرفة الحديثة في إطار معين للارتقاء بتطور الأفراد الروحي والأخلاقي الأفضل وبأسلوب يتماشى مع التقاليد والتعاليم الإسلامية.

أما أصول النظام الخاص بالبنات فهو حديث العهد ويعود ذلك إلى تكوين الرئاسة العامة لتعليم البنات عام ١٩٦٠. والرئاسة العامة مسؤولة عن النظام في مدارس البنات الذي يقدم ثلاث مراحل تماماً مثل البنين - المرحلة الابتدائية والمتوسطة والثانوية. والمنهاج شبيه بمنهاج البنين مع بعض الاختلافات البسيطة التي تجعله مناسباً للبنات. وهناك زيادة ملموسة في نسبة عدد الطالبات والمدارس في النظام التعليمي للبنات.

أما التعليم العالي فيتم تنظيمه من قبل وزارة التعليم العالي.

والتعليمات هنا تحترم الفروق الفردية بين الجنسين حيث توجد كليات خاصة بالإناث فقط، وهناك أيضاً بعض البرامج الجامعية التي تقدم المحاضرات للجنسين في غرف منفصلة بواسطة بث تلفزيوني داخلي .

إن كلاً من تعليم البنات والبنين في المدارس وكما هو الحال بالنسبة إلى التعليم العالي مدعوم بشبكة من الخدمات التي صممت لمساعدة المؤسسات التعليمية لتحقيق الأهداف التعليمية في الدولة. وهذه الأهداف تتضمن توفير الخدمات الإرشادية والرعاية الاجتماعية.

أ - الإرشاد: مدارس البنين

كان من المعتاد تقديم النصح والإرشاد التربوي في المدارس الحكومية السعودية بجهود فردية من قبل مدير المدرسة أو بعض المعلمين وكانت مهمتهم تزويد الطلبة بالنصائح العامة أو إعطاءهم النصائح في قضايا ذات علاقة بمشاكل وحاجات التلاميذ. الطويل والملحم قاما بالعمل على تطوير برنامج النصح والإرشاد عام ١٩٥٤ عندما تم تأسيس قسم النشاطات الاجتماعية في وزارة التربية والتعليم^(١٦).

ولنبدأ بمن تم تعيينهم في هذا القسم من خريجي الجامعة من حملة شهادة العمل الاجتماعي التربوي وكان دورهم تنظيم النشاطات المتنوعة مثل اجتماعات الآباء والمعلمين والنوادي الرياضية والخدمات البيئية. وبعد ذلك اتسع دورهم ليشمل اهتمامات الطلاب الشخصية والأكاديمية، وبهذا أصبح دورهم وبشكل متزايد ضمن المسار الذي يعتبر المعيار لخدمات الإرشاد في الوقت الحاضر^(١٧).

وفي عام ١٩٨٩ صدر قرار رقم ٢١٦ تاريخ ٩/١٠/١٤١٠هـ من قبل وزارة التعليم ينص على تحويل الإدارة التربوية الاجتماعية لتصبح الإدارة العامة لإرشاد الطلبة^(١٨).

F. A. Al-Mosharraf, «Saudi Students' Attitudes in the US Regarding Family Problems (١٦) and the Need for Establishing Parent Education and Family Counselling Services in Saudi Arabia,» (Unpublished Ph. D. Thesis, Ohio University, United States of America, 1990), p. 25.

Saleh, «Counselling and Guidance in the Kingdom of Saudi Arabia,» p. 280. (١٧)

A. Al-Tawail and N. Al-Mulhem, *Professional Preparation*, ص ٢٨١، و *of School Counsellors in Saudi Arabia: Present Trends and Future Competency* (Riyadh: Ministry of Education, General Directory of School Guidance and Counselling, [n.d.]), p. 525. (١٨)

ويجب أن يشار في هذا السياق إلى أن وزارة التربية والتعليم اتخذت خلال تاريخها القصير سلسلة من إعادة التنظيم والتغييرات التركيبية الداخلية من أجل تمكين الوزارة من توفير خدمات أكثر فاعلية.

واستجابة للمتطلبات الملحة لوجود مرشدين في المدارس قامت الوزارة بالبحث عن متطوعين من بين مشرفي التربية الاجتماعية للعمل كمشرفين ومرشدين إضافة إلى القيام بالواجبات المنوطة بهم، كما أنها بحثت عن متطوعين من بين مجموعة التعليم المتوافرة شريطة أن تكون لديهم الخبرة الكافية للعمل وبشكل مؤقت كمُرشدين في المدارس.

ومن أجل مواجهة الحاجة إلى مرشدين مدربين ومتفرغين للعمل بالمدارس المتوسطة والثانوية قامت جامعة أم القرى في مكة المكرمة بتنظيم برنامج تدريب لمدة فصل واحد وبعد ذلك امتد هذا البرنامج ليصبح سنة كاملة.

لمواجهة الخطط الطويلة المدى التي تتطلب توفير خدمات إرشادية شاملة ومدربة فنياً في المدارس، قامت الوزارة باختيار طلبة ليتخصصوا في الإرشاد والقياس والتقويم، وهؤلاء الطلاب إما أن يدرسوا في إحدى الكليات السعودية، أو يرسلوا لدراسة خارج البلاد، وغالباً في أمريكا^(١٩).

وتشير الإحصاءات الحديثة إلى أنه يوجد في القطاعات التربوية السعودية وعددها ٤٢ قطاعاً، ١٥٠ مشرفاً للإرشاد، و١٣٥٩ مرشداً في المدارس بالإضافة إلى ٥٥٢ معلماً يقومون بوظيفة المرشد في المدارس^(٢٠).

إن الإدارة العامة لإرشاد الطلبة في وزارة التربية والتعليم ناشطة في تطوير النصح والإرشاد في الدولة وإحدى مسؤولياتها رسم خطة عامة للإرشاد على أن تكون جاهزة للتطبيق في المدارس مع بداية كل عام دراسي، إذ إنها تضع الدليل العام لنشاطات المرشدين في المدارس خلال العام الدراسي ضمن برنامج زمني لكل شهر^(٢١).

Al-Tawail and Al-Mulhem, Ibid.

(١٩)

Ministry of Education, *Statistic for the Year 1417 H.* (Riyadh: General (٢٠)

Administration for Guidance and Counselling, 1996), p. 1.

«Work Plan for Students Counselling and Guidance Programme for the Year 1416.» (٢١)

(Riyadh, Ministry of Education, General Administration for Guidance and Counselling Students, 1995), Issue no. 32/7/344/46 dated 30/5/1416.

وهناك دور آخر للمرشد وهو تحديد الطلاب الموهوبين والتميزين والعناية بهم ووضع برنامج لإرشاد مثل هؤلاء الطلاب ضمن خطة يتبعها المرشد في المدرسة ويتم تفعيل تلك الخطة مع بداية العام الدراسي^(٢٢).

ونشاط آخر للإدارة العامة لإرشاد الطلاب يطلب من مرشدي الطلاب تنظيم برنامج استقرائي مثير في بداية كل عام دراسي لطلاب الصف الأول الجدد. والغاية من وراء هذا البرنامج تهيئة الطلاب نفسياً للبيئة المدرسية الجديدة ووضع الدلائل للمرشد لتمكينه من القيام بهذه العملية المهمة^(٢٣).

وهناك تقرير جديد في جريدة الرياض يقول إن وزارة التربية والتعليم قامت بتعيين ٥٥٢ معلماً للعمل كمرشدين للطلاب في ٣٩ مقاطعة ومدينة سعودية، والهدف من هذا الإجراء هو المساعدة في تأمين الطلب المتزايد على المرشدين في المدارس الحكومية. وأعلن وزير التربية والتعليم أن نصاب حصص هؤلاء المعلمين ستخفف إلى ١٢ حصة أسبوعياً. وبعد عام سيجري تقييم هؤلاء المدرسين بناء على قدراتهم، فإما أن يعينوا كمرشدين فقط أو أن يعودوا للعمل كمعلمين^(٢٤).

ب - الإرشاد: مدارس البنات

تأسست الرئاسة العامة لتعليم البنات في عام ١٩٦٠ لتكون مسؤولة عن تخطيط مناهج وبرامج الدراسة لتعليم البنات وهذا يشمل: رياض الأطفال، والتعليم العام: الابتدائي والمتوسط والثانوي، وتدريب المعلمين، وكليات التربية، والمعرفة وتعليم الكبار والثقافة والتدريب المهني التربوي^(٢٥).

ومع أن الرئاسة العامة للتعليم لها مديرية عامة للإشراف والإرشاد فإن الإرشاد ما زال في مراحله البدائية في مدارس البنات السعودية ولا توجد

«Programme for Encouraging Creative Students,» (Riyadh, Ministry of Education, (٢٢) General Administration for Guidance and Counselling Students, 1992), Issue no. 41/4/38/46/230 dated 8/4/1412.

«Programme for Receiving First Class Students in the Elementry Level,» (Riyadh, (٢٣) Ministry of Education, General Administration for Guidance and Counselling Students, 1992), Issue no. 32/4/10/141/46 dated 7/3/1412.

«Ministry of Education Appointing 552 Teachers to Work in the Students (٢٤) Counselling for the Year 1417,» *Al-Riyadh Newspaper*, 24/6/1996, p. 6.

Development of Education in the Kingdom of Saudi Arabia: National Report, p. 50. (٢٥)

وظيفة اسمها المرشدة في مدارس البنات. وإلى حد بعيد فإن ما يدعى بالمرشدة الاجتماعية تقوم بدورها المرشدة للطالبات وهذه المرحلة من تطور خدمات الإرشاد في مدارس البنات تشبه تماماً مدارس البنين قبل عام ١٩٨١ (٢٦).

وبناء على خطة لإرشاد الطالبات والتربية الاجتماعية، فإن الرئاسة العامة لتعليم البنات (١٩٩٥) قررت في الوقت الحاضر على الأقل أن تجمع نشاطات التربية الاجتماعية وإرشاد الطالبات معاً، ويبدو أن النشاطين يُخدمان بشكل مفيد هدفاً رئيسياً واحداً وهو ضبط جميع النشاطات المدرسية لتتماشى مع التعاليم الإسلامية. وهذه الخطة تأخذ بعين الاعتبار المظاهر الرئيسة الثلاثة للإرشاد: التنموي، والوقائي، والعلاجي (٢٧) والخطة تغطي الخدمات التالية:

- الخدمات الإرشادية بما فيها دراسة الحالة، التوفير العلاجي والتربوي والإرشاد العائلي إما أن يكون فردياً أو بشكل مجموعات أو مباشراً أو غير مباشر.

- الخدمات النفسية بما فيها الحالات المكتشفة والتي تتطلب خدمات متخصصة.

- الخدمات التربوية وتشمل المهنية ومعلومات الوظائف.

- الخدمات الاجتماعية بما فيها تقوية العلاقات والاتصال بين المدرسة والبيت.

- الخدمات الصحية مثل العناية بالطالبات المعاقات وتوفير المعلمات للقضايا الصحية.

- الخدمات البحثية مثل الكشف عن اتجاه الطالبات بالنسبة إلى قضايا مدرسية معينة.

- توفير التدريب خلال العمل لجميع الأشخاص المهتمين بالإرشاد الطلابي.

(٢٦) انظر المقابلة غير الرسمية مع المدير العام للتعليم في منطقة الجوف/السعودية والمكاملة الهاتفية مع مشرف من المؤسسة نفسها.

(٢٧) الرئاسة العامة لتعليم البنات، «المخطط العام للتعليم الاجتماعي والاستشارة الطلابية»، (الرياض، الهيئة العامة لإدارة التعليم والإرشاد، ١٩٩٥)، رقم ٢/١٣٩/ت/٢٠١١٣٩/١٧/١٧ تاريخ ١٧/٣/١٤١٥هـ، ص ٦.

- التواصل مع الوكالات الخارجية وتوفير المعلومات عن المراكز الاجتماعية والعيادات الصحية.

وهناك عاملان محكمان لوضع هذه الخطة:

- أنها تعتبر أنه يجب ربط الإرشاد مع التربية الاجتماعية.

- البرنامج الزمني للخطة يكتب بهذه الطريقة ليتسنى اتباعها بسهولة^(٢٨).

٢ - الإرشاد في القطاع الجامعي

يوجد سبع جامعات في المملكة العربية السعودية وهي كما يلي:

في الرياض جامعة الملك سعود تأسست عام ١٩٥٧م، وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية تأسست عام ١٩٧٤م.

في مكة جامعة أم القرى.

في جدة جامعة الملك عبد العزيز تأسست عام ١٩٦٧.

في المدينة الجامعة الإسلامية تأسست عام ١٩٦٠/١٩٦١.

في المنطقة الشرقية جامعة الملك فيصل تأسست عام ١٩٧٥، وجامعة الملك فهد تأسست عام ١٩٧٥^(٢٩).

وتوجد أقدم الخدمات الإرشادية في الجامعات السعودية في جامعة الملك سعود في الرياض حيث توجد وحدة الخدمات الإرشادية في قسم علم النفس في كلية التربية. ويوجد فيها تسهيلات حديثة بما فيها غرف خاصة للمقابلات الإرشادية مما يساعد فريق الإرشاد في هذا القسم على الإشراف اللائق على الطلاب وتدريبهم على أساليب الإرشاد الصحيحة.

ومع أن هذه الوحدة أسست أصلاً لتوفير الخدمات الإرشادية للطلاب والموظفين في الجامعة إلا أنها تستقبل حالات مراجعة من خارج الجامعة. وتقوم أيضاً كوحدة تدريس بتدريب الطلاب على أساليب الإرشاد.

إن الملاحظة التالية التي أخذت من ورقة في الإرشاد في السعودية تقدم ملخصاً مفيداً للأهداف والغايات التي تكمن في تطوير الخدمات في نظام التعليم العالي العام.

(٢٨) المصدر نفسه، ص ٩.

(٢٩) *Development of Education in the Kingdom of Saudi Arabia: National Report.*

ويبدو أن المملكة السعودية مدركة لأهمية النصح والإرشاد والدور الذي يقومون به، والمكافحة التي تقوم بها لتطوير برنامج الإرشاد ليكون مرتبطاً بأهدافها ومعتقداتها الروحية والفلسفية والتعليمية. وبشكل عام فإن هذا البرنامج قد تمت صياغته ليواجه حاجات الدولة وليعكس الثقافة الفريدة والمجتمع المتميز للمملكة العربية السعودية. ومن الواضح أن المملكة مدركة لأهمية ذلك وهي ملتزمة بتطوير برنامج الإرشاد في جميع أنحاء البلاد لتلبية الأهداف الوطنية والفردية التي تنم عن حاجات الأفراد والمجتمع السعودي.

لقد بحثت هذه الوحدة في وسائل تطوير عملية النصح والإرشاد في المملكة العربية السعودية بشكل متسلسل من الصحة العقلية إلى خدمات عملية الإرشاد التي تم تطويرها في قطاع التعليم.

وتعتبر هذه الوحدة تكملة لما سبقها حيث تم البحث في مفاهيم الإرشاد والعلاج النفسي من خلال وجهات النظر الغربية ووجهات النظر السعودية.

وكان الهدف من هذا الفصل هو الرغبة في إيجاد البيئة التي كانت الميدان الذي أجريت فيه هذه الدراسة. وللتذكير، فإن المجال الميداني للبحث اشتمل على تجميع المعلومات عن طريق المقابلات والاستبيانات لطلاب سعوديين في بريطانيا مع ملخص لتحديد ادراكاتهم حول الإرشاد والعلاج النفسي.

الفصل الرابع

طريقة البحث

أولاً: استراتيجية العمل الميداني

يتناول هذا الفصل طريقة البحث التي استخدمت في هذه الدراسة. وهي تصف استراتيجية العمل الميداني وكيفية تصميم أدوات البحث. وكذلك تقدم وصفاً لكيفية جمع البيانات وتحليلها وتبويبها للعرض.

لقد ذكر فيرما وبيرد (Verma and Beard) (١٩٨١) أن هنالك نوعين من البحث الاجتماعي هما: البحث التجريبي والبحث الوصفي^(١)، ولكن على الرغم من أن هذين النوعين في إطارهما الواسع يتضمنان مدى واسعاً من المنهجيات المختلفة والتقاليد البحثية، إلا أن هنالك عدداً من نقاط التشابه بينهما ليس أقل من روح البحث والتقصي. ويرى ليدي (Leedy) أن البحث يتضمن هدفاً واحداً وهو: الاكتشاف^(٢). كما يرى فيرما وبيرد أن البحث شكل منظم من الاستقصاء والتحري^(٣) وأنه: «موجه نحو طلب إجابات أسئلة ذات قيمة مهمة وأساسية من خلال تطبيق طرق فعالة ومقبولة»^(٤).

وقبل الأخذ في الاعتبار روح البحث ومغزاه، فمن المفيد ملاحظة مكونات البحث وخصائصه كما هو معرّف من قبل ليدي فالبحث له خصائص ومقومات هي^(٥):

Gajendra K. Verma and Ruth M. Beard, *What is Educational Research?: Perspectives* (١) *on Techniques of Research* (Aldershot: Gower, 1981).

Paul D. Leedy, *Practical Research: Planning and Design*, 5th ed. (New York: (٢) Macmillan, 1993), p. 3.

Verma and Beard, *Ibid.*

(٣)

(٤) المصدر نفسه.

Leedy, *Ibid.*, p. 9.

(٥)

- أنه يبدأ بمشكلة .
- أنه ينتهي باستنتاج .
- أن مجمل العملية تعتمد على حقائق ملاحظة تدعى بيانات .
- أنه منطقي .
- أنه مرتب .
- أنه يوجه بفرضيات .
- أنه يؤكد أو يرفض الفرضية على أساس الحقيقة وحدها .
- أنه يصل إلى استنتاج على أساس ما تملي عليه البيانات فقط .
- أن هذا الاستنتاج يعالج ويجد الحل للمشكلة .

فإذا كان هذا التوضيح يشكل الأساس لشكل البحث الحديث (كما بين ذلك ليدي) فإن هنالك أيضاً بعض نقاط التشابه الأخرى . إحدى هذه النقاط هي ملاحظة التقاليد التي تختلف من منهجية بحث إلى أخرى . وقد يدفعنا ذلك إلى القول بأنه يجب على الباحث أن يكون واعياً لتقاليد أو أساليب جمع البيانات المطلوبة بالطريقة التي يختارها . ويجب أن يحقق الدليل المستويات المقبولة في إطار الطريقة التي يتبناها . وتجدر الإشارة إلى أنه يفترض دائماً أن تكون الطريقة المتبناة ملائمة لأهداف الدراسة .

هذه النقطة يمكن ملاحظتها بالرجوع إلى أدوات البحث، وهي ذات أهمية في تصميم البحث . فهناك فكرتان ترتبطان مع أدوات البحث : الصدق والثبات . الثبات يعني مدى الثقة التي يمكن وضعها على أداة البحث لتقيس بدقة ما هو مطلوب قياسه^(٦) .

والصدق يرتبط بالمفهوم السابق، فلكي تعتبر الأداة صادقة فإنها تحتاج أو تتطلب تحقيق معيار الثبات، إضافة إلى معايير الصدق . وبذلك فإن الأداة تعتبر طريقة ملائمة لقياس ما تهدف لقياسه^(٧) . لنأخذ مثلاً بسيطاً، من عالم العلم الذي تشتق منه الكثير من أساسيات البحث العلمي الاجتماعي : ميزان

J. D. Nisbet and N. J. Entwistle, *Educational Research Methods* (London: University (٦) of London Press, 1974).

(٧) المصدر نفسه .

الحرارة؛ كأداة قد يحقق معيار الثبات وذلك بسبب دقته العالية، فإذا كان مدرجاً إلى وحدات تتألف من (5) درجات على سبيل القول، وعلى الرغم من أن الثبات يقاس على ذلك المستوى فقد لا يكون ذلك الميزان صادقاً للغرض الذي وضع من أجله، ولا يكون هذا التدرج ملائماً للغرض الذي وضعت الأداة لقياسه.

إن تفسير الصدق والثبات محدد لمدى معين بنوع البحث الذي يتم تناوله. وهذا يعود بنا إلى النقطة التي تحدثنا عنها سابقاً حول الأساليب المختلفة في جمع البيانات.

الصدق والثبات هما جزء لا يتجزأ من البحث المنظم. فالبحث المنظم يتضمن منهجية أو طريقة منتظمة بغض النظر عن التقاليد التي يحاول الباحث أن يحققها. إن مصطلح القياس يتسم بالمرونة عندما ينظر إليه في إطار تقاليد بحثية مختلفة. ونوع القياس يدخل ضمناً في كل جزء من البحث مع الأخذ بالاعتبار التباين. ويظهر ذلك جلياً في البحوث الاجتماعية بشكل خاص عند مقارنتها بالطريقة العلمية كما هي مستخدمة في العلوم الطبيعية. فعندما نحاول قياس السلوك النفسي أو الاجتماعي فمن المحتمل أن نحصل على درجة الدقة نفسها، بينما قد لا يتحقق ذلك في الفيزياء، ما دام السلوك الاجتماعي والنفسي يعتمد على سلسلة من التداخلات المعقدة التي تختلف عن المنطق الميكانيكي المطبق في العلوم الطبيعية^(٨). فإذا تم الإصرار على الدقة نفسها في العلوم الاجتماعية فمن المحتمل أن تكون هناك خطورة، بحيث تصبح قادرين على قياس الصفات السطحية جداً في السلوك الإنساني، مهملين تعقيد التفاعلات التي قد تتدخل أو لا تتدخل في العملية.

هنالك فكرة أخرى تم تناولها في العلوم الطبيعية وهي فكرة اختيار عينة الدراسة، أو ما قد نسميه المعاينة^(٩) وذلك بسبب عدم قدرة البحث من الناحية العملية في بحث كافة الحالات، وخصوصاً عندما تكون هنالك حاجة لملاحظات تفصيلية. فبسبب الوقت والكلفة فإنها في الغالب تستخدم المعاينة.

Verma and Beard, *What is Educational Research?: Perspectives on Techniques of Research* (٨)

(٩) المصدر نفسه؛ Nisbet and Entwistle, *Ibid.*, and Colin Robson, *Experiment, Design and Statistics in Psychology*, Penguin Modern Psychology Text, Penguin Education ([Harmondsworth, Eng.: Penguin Book, 1973]).

إن تركيب العينة يأخذ بالاعتبار أن تكون هذه العينة ممثلة للمجتمع الذي سحبت منه^(١٠). فإذا كانت العينة تحقق متطلبات التمثيل فيمكن أن نعمم نتائجها في الدراسة وبدرجة من الثقة التي تتباين استناداً إلى حجم العينة وعلاقتها بالمجتمع الذي سحبت منه والطريقة التي اختيرت بها^(١١).

وهناك أساليب مختلفة للمعاينة تستخدم بشكل واسع في العلوم الاجتماعية. وهذا التباين يرجع إلى جاهزية المصادر لعمل البحث وكذلك درجة التحديد التي يمكن وضعها للمجتمع المراد بحثه. والمجتمع بالمعنى البحثي يحمل معنى مختلفاً عما هو يستخدم في الفهم الدارج للكلمة. إنه يعود إلى الوحدات (الناس والمدن والمدارس أو الجامعات) التي هي محور تركيز الدراسة البحثية. وأكثر من ذلك، فمن الممكن لهذه الوحدات أن تنفح بشكل أكثر بالنسبة إلى بعض الصفات الخاصة. ومثال على ذلك، فإن هذه الوحدات يمكن أن تحدد بالنسبة إلى الناس بمجموعات عمرية محددة أو خلفيات ثقافية أو بالنسبة إلى المدن فإنها تحدد مواقع أو حجوماً معينة. وبالنسبة إلى تعميم النتائج من العينة فإن الأسلوب المثالي للمعاينة يمكن أن يتضمن معاينة عشوائية. وفي إطار ذلك، فإن كل وحدة مجتمع تكون لها الفرصة نفسها للاختيار والتضمين في العينة كما هي الأخريات. مثل هذه المعاينة تأخذ في الاعتبار تقليص التحيز في العينة الذي يمكن أن يظهر نتائج لا تمثل المجتمع الذي تم سحب العينة منه^(١٢).

على أية حال، بسبب المحددات التي غالباً يعمل البحث في إطارها فإن من الضروري أن يكون هنالك توافق على نوع المعاينة التي يمكن استخدامها. فعلى سبيل المثال، إذا حاول أحد الأشخاص أن يبحث في مشكلة محددة باستخدام عينة من مجتمع، تتضمن صفة أو مجموعة صفات ضيقة، فقد يكون من غير الممكن الحصول حتى على أقل تقدير. لما يعرف نظرياً بالمجتمع، ولضمان أن يكون لكل فرد الفرصة نفسها في الاختيار. فإن هذا يتطلب من جانب الباحثين وبشكل متوازن مع الأهمية أن يقوموا بتوفير ما أمكن من معلومات كافية وفقاً لطبيعة العينة أو العينات التي تستخدم والأسلوب الذي

Verma and Beard, *Ibid.*, and Louis Cohen and Lawrence Manion, *Research Methods in Education*, 4th ed. (London; New York: Routledge, 1994).

Cohen and Manion, *Ibid.*

(١١)

Robson, *Experiment, Design and Statistics in Psychology*.

(١٢)

يعتمد في الاختيار. وهذه الاتفاقات ممكن أن تنعكس على الطريقة التي يمكن فيها تفسير النتائج وخصوصاً إذا ما أردنا تعميمها^(١٣).

في ضوء ما تقدم، فإن المناقشة هذه تستخدم كتوضيح للأفكار التي تدور في أفكار الباحثين في الوقت الحاضر وذلك عند تصميم دراساتهم. من هنا لا بد من محاولة لربط هذه الموضوعات النظرية بفكرة الدراسة الحالية.

إن المشكلة التي يتناولها تصميم الدراسة الحالية تتمركز حول إدراكات الطلبة السعوديين عن الإرشاد والعلاج النفسي، وبشكل محدد الخدمات التي أنشئت في المملكة العربية السعودية. وبما أن النظرية والأساليب المرتبطة بالإرشاد والعلاج النفسي تبدو غريبة المنشأ فهل تكون هذه ملائمة لاحتياجات السعوديين؟ وهل تتماشى مع تقاليد وقيم السعوديين؟ منذ النشأة في الثلاثينيات واكتشاف النفط في السعودية والاستغلال المستمر لعائداته فإن جهوداً كبيرة وطاقات وجهت نحو خلق دولة متطورة تبنى على أساس تنوع الاقتصاد وتقديم مدى واسع من الخدمات مثل التربية والصحة والخدمات الاجتماعية وهذه تتماشى مع المبادئ والمثل الإسلامية.

هنالك خيار واحد لتعريف المشكلة بشكل إجرائي وهو بمسح ادراكات الأفراد السعوديين بعامة، ويمكن لهذا الغرض استخدام الاستبيان. العينة ممكن أن تسحب بطريقة بحيث تكون ممثلة لعموم السعوديين لغرض الإجابة عن بعض الأسئلة مثل: إلى أي مدى الشعب السعودي هو على وعي بالإرشاد والعلاج النفسي؟ إلى أي مدى ينظرون إلى هذه الخدمات - سلبياً أو إيجابياً؟. إن مثل هذا الخيار كان يعتقد بأنه عملي على الرغم من أن الباحث كان غير متأكد من المدى الذي يمكن أن توضحه النتائج. إن مميزات أو فوائد التعليم الرسمي كانت متوفرة فقط مقارنة بالوقت الحاضر لعموم السعوديين وخصوصاً الإناث. فكيف يمكن لعموم المجتمع أن يستجيب للمسح باستخدام الاستبيان؟ هل هنالك احتمال أن هناك بعض الشرائح من المجتمع لم يتمكن الباحث من الوصول إليها؟ كل بحث، وبخاصة ذلك الذي يكون على درجة أو مستوى معين يتطلب نوعاً من التوافق وذلك بسبب محدودات الموارد والوقت. إن التطور المنطقي على كل حال يوجب تحديد المجتمع المستهدف بمجموعة محددة. ومن الممكن أن يكون محدداً بالمستوطنين في مدن

معينة أو منطقة ما. في الحقيقة، إن أدبيات علم طرق البحث العلمي توصي بهذه الطريقة للطلبة^(١٤). إن ما أزعج الباحث هو معرفة مدى وعي وتعرض عينة المجتمع المستهدف بالدراسة للإرشاد والعلاج النفسي كفكرة أو كخدمة. فإذا كان قسم كبير من أفراد العينة لا يملك إلا القليل من الوعي بهما فإن من المحتمل أن تظهر نتائج قليلة جداً في الدراسة. إن الإرشاد والعلاج النفسي كخدمات يعتبر تطورهما حديثاً في هذا البلد مقارنة ربما مع القطاع التربوي على مستوى التعليم الثانوي والعالى. والمجالات الوحيدة التي يترافق فيها الإرشاد والعلاج النفسي على مستوى واسع هي في علاج الاضطرابات العقلية الحادة.

وكنتيجة لهذا التفكير فإن الباحث قرر استخدام مجتمع الطلبة كمجتمع مستهدف، ولكن على أية حال فسوف يبقى هناك احتمال أن تضيق المجتمع لهذا النوع من الدراسة قد يقلل من التحدث عن الإرشاد والعلاج النفسي بشكل كاف. ومع كون قراءاته الاستطلاعية وخبرته الشخصية في العمل في مجال الإرشاد التربوي بينت له بأنه لا يوجد هناك عمل، أو إن وجد فهو قليل جداً قد تم تنفيذه، فقد ضيق الباحث مجتمع دراسته لتتناول فقط طلبة الجامعة ممن درسوا في الغرب الذي تتوافر فيه خدمات الإرشاد والعلاج النفسي بشكل واسع. إن مثل هذا المجتمع بما يتمتع به من مستوى تعليمي وخبرة في الدراسة بالغرب يمكن أن يكون ملائماً ومثالياً لمثل هذا المسح، فقد يساعد هؤلاء الأفراد فيقدمون استجابات ذات صلة بالبحث وذلك من خلال خبرتهم في مجال الإرشاد والعلاج النفسي أو معرفتهم بمثل هذه الخدمات في المملكة العربية السعودية أو في الغرب.

إن هذا التعريف للمشكلة من وجهة نظر إجرائية يبدو عملياً، وأكثر من ذلك يمكن أن يقدم أفكاراً مهمة في موضوع الوعي بالإرشاد والعلاج النفسي بين أفراد المجتمع السعودي. ويمكن لهذا المجتمع الطلابي أن يقدم أفكاراً ومدخلات إلى المدى الذي تتطابق فيه تقاليد وطموحات ومعتقدات السعوديين مع الخدمات التي تنمو في هذا البلد. طبعاً هنالك مساوئ لمثل هذه المنهجية المفترضة للمشكلة وإجرائيتها في تصميم البحث.

(١٤) انظر: المصدر نفسه؛ Robson., Ibid., and Nisbet and Entwistle, *Educational Research Methods*.

ومن الملاحظ في أخذ عينة من مثل هذا المجتمع المستهدف أنه قد لا يكون ممثلاً لعموم المجتمع السعودي. وعلى سبيل المثال فهذا يمكن أن يكون له تأثير في تقليص التطبيق الواسع للنتائج، وخصوصاً عندما تسحب العينة من ذلك المجتمع الذي لا يكون أيضاً ممثلاً للطلاب السعوديين في التعليم العالي، لأن عدداً قليلاً منهم قد حصل على فرصة الدراسة في الخارج. وعلى أية حال فإن تضيق حجم المجتمع المستهدف يمكن أن يكون فيه بعض نقاط القوة. وإذا أظهرت النتائج المتحققة من مسح هذا الجزء من المجتمع الطلابي السعودي مستوى وعي محدوداً جداً للإرشاد والعلاج النفسي أو رفضاً لمثل هذه الخدمات، فإن ذلك سيولد تحدياً حقيقياً لهذه الخدمات في كسب ثقة أوسع من أفراد المجتمع السعودي. وهكذا فإن مثل هذا الأسلوب لتحديد المشكلة قد يكون له فائدة في توفير الأساس لنقطة البداية لمسح ذلك المجتمع. كذلك قد تحقق التوصيات التي جاءت بها أدبيات البحث النجاح في تعريف المشكلة في علاقتها بالجانب الإجرائي.

لهذا فإن الاعتبار قد مال إلى المنطقية في سحب العينة من المجتمع، وهي البداية لتعريفه. كيف يمكن لشخص ما أن يحدد ومن ثم يصل إلى طلاب التعليم العالي ذوي الخبرة في الغرب؟ هل يجب أن يتضمن فقط هؤلاء الذين يمتلكون الخبرة الحالية عن الغرب أم أولئك الطلبة الذين كانوا سابقاً في الغرب؟ مرة أخرى فإن الأمر المنطقي أن نعمل من وجهة نظر بحثية، وهي أن نحدد المجتمع في هؤلاء الذين هم حالياً في الغرب. إن محددات الموارد والوقت تدفع أكثر نحو تحديد المجتمع المستهدف. وتطبيق مثل هذا المسح الأولي بالاستبيان قد يكون مكلفاً إذا لجأ الباحث إلى أخذ المجتمع من الطلاب السعوديين في أقطار غربية متعددة. وأكثر من ذلك فإن الأدبيات تحذر من معدلات الاستجابة الضعيفة التي غالباً ما ترتبط بالاستبيانات الأولية. لهذا فإن القرار قد اتخذ أخيراً بأخذ المجتمع المستهدف من الطلاب السعوديين الدارسين في بريطانيا. فقد اعتبر هذا المجتمع تقريباً مؤهلاً للدراسة. وتم ذلك بمساعدة السفارة السعودية في هذا البلد. وإضافة إلى ذلك فإن الباحث يقطن في بريطانيا ومجتمعه المستهدف يحيط به. إن هذا الاعتبار قد أخذ في الحسبان إمكانية تقليص المجازفة في الحصول على معدلات استجابة منخفضة، إضافة إلى تقليص الكلف جراء توزيع الاستبيانات ورجوعها. (هذه النقطة نوقشت بشكل جيد من قبل نسبة وانتوستل (١٩٧٣)

(Nisbet and Entwistle)^(١٥). وان هذا الإجراء جعل العملية أكثر فاعلية للباحث في تحقيق أكبر قدر من المعلومات المجمعة من مثل هذه العينة من خلال استخدام المقابلات. إن البيانات التي تم الحصول عليها من هذا المصدر يمكن لها أن تساعد في إلقاء الضوء على تفكير الأفراد المستجوبين، إضافة إلى الأجوبة التي قدموها في الاستبيانات.

وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجيات، وهي أن استخدام الاستبيان والمقابلة مع الطلبة السعوديين في بريطانيا يمكن أن تقدم بيانات من جزء محدد جداً من المجتمع السعودي مقارنة بالفهم الأولي لكيفية جعل المشكلة إجرائية، إلا أن هذا قد يكون له تأثير في توفير مدخلات تفصيلية إلى الأفكار أو المفاهيم. ويمكن له أيضاً أن يسمح بالوصول إلى استنتاجات بخصوص الكيفية التي يستجيب لها بعض السعوديين حول الإرشاد والعلاج النفسي والذي يساعد في تعريف الجهود لمسح المفاهيم لجمهور واسع من السعوديين. وطالما أن الطلبة موجودون في بريطانيا فإنه يمكن أن تكون لديهم نقاط متشابهة للمقارنة عندما يصلون إلى تحديد اختلافات في المفاهيم بين الإرشاد والعلاج النفسي في الغرب والمملكة العربية السعودية.

في عرضهم للدراسات الوصفية، وضع فيرما وبيرد أربعة أنواع لها^(١٦): المسح، ودراسة الحالة، والدراسة التطورية، والدراسة المقارنة. وعندما قرر الباحث أخذ عينة الطلبة السعوديين القاطنين في بريطانيا، كان من الممكن نظرياً أن يقوم بعمل دراسة مقارنة، يأخذ بها عينة تتكون من طلبة سعوديين وبريطانيين، إلا أن مثل هذه المنهجية لم تعتمد وذلك لأسباب يمكن أن تحوّل التركيز في الدراسة بعيداً عن الهدف الرئيسي في بحث ادراكات السعوديين نحو الإرشاد والعلاج النفسي في إطار البيئة والمحيط السعوديين. وكذلك على الرغم من أن خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في بريطانيا كما في مناطق أخرى في الغرب هي محض اهتمام للباحث فإن الدراسة المقارنة لم تعتبر ذات علاقة بأهدافه. ولهذا فإن التعرض للغرب من خلال اختيار المجتمع المستهدف للطلبة السعوديين اعتبر استغلالاً أفضل للخبرة من أجل عكسها على ما هو متوفر وممارس في المملكة العربية السعودية. أما بالنسبة إلى

Nisbet and Entwistle, Ibid.

(١٥)

Verma and Beard, *What is Educational Research?: Perspectives on Techniques of Research*, p. 59.

دراسة الحالة فقط يكون لها ميزة أو فائدة في دعم الأفكار التفصيلية للطلبة السعوديين الموجود لديهم خبرة إرشادية مباشرة بغرض جمعها، وهذه يمكن أن تقدم بيانات ذات أهمية. ولكن إذا تم إقرارها فيمكن أن يكون لها تطبيق محدود بالنسبة إلى هدف الباحث في تحديد مستويات وعي المجتمع بالإرشاد والعلاج النفسي فيما إذا كانت النتيجة بخبرة مباشرة أم لا بالنسبة إلى مثل هذه الخدمات. إن أخذ هذه الأمور في الاعتبار يعزز من إمكانية الباحث في تقرير تنفيذ الدراسة من خلال استخدام طرق المسح.

وبعيداً عن كونه مسحاً أولاً لإدراكات السعوديين، فإن المجتمع المستهدف قد تم تضييقه جداً لاعتماده بالدراسة، وأن المسح يجدر أن يكون أولاً انطلاقاً من وجهة نظر أدوات جمع البيانات المستخدمة لغرض دعم الدراسة. وفي هذا الإطار فإن الباحث لم يجد الاستبيان الملائم للبحث في إدراكات المجتمع السعودي عن الإرشاد والعلاج النفسي أو بعلاقتها مع الخدمات التي تقدم بالمملكة العربية السعودية. وقد أدرك الباحث بأن استخدام وسيلة الاستبيان هي الأفضل لهذا الغرض. ولحسن الحظ فإن أدب الدراسات السابقة لم يكن قاصراً عن تقديم النصح في بناء الاستبيان^(١٧) والحاجة لتطويره إذا كان ذا فائدة في استخدامه. وينطبق هذا الأمر عند تصميم المقابلة المنظمة.

وعلى الرغم من مقدرة الباحث على تحديد حجم المجتمع المستهدف إلا أنه لم يكن متأكداً من إمكانيةه في سحب عينة عشوائية والتي تعتبر كطريقة مثالية لمعالجة مشكلة البحث باستخدام المسح. إن الأدبيات أو المراجع تحذر من خطورة احتمالية التحيز في المعاينة أو اختيار العينة إن لم يكن لدى كل فرد في المجتمع المستهدف الفرصة نفسها في الاختيار. إن التحيز في ذلك قد يسبب سوء فهم وخداعاً وتشويشاً للنتائج، أي يمكن أن يؤدي إلى نتائج ليست ذات قيمة^(١٨).

وقضية أخرى ترتبط بالمعاينة هي حجم العينة. فعندما يكون حجم العينة صغيراً فإن المجازفة تكون أكبر للتحيز في النتائج^(١٩). وكما سوف يلاحظ في عملية المعاينة المتبعة في الدراسة فإنه تم أخذ عينة مستهدفة بحجم

Nisbet and Entwistle, Ibid.

(١٧) المصدر نفسه، و

(١٨) المصدران نفسهما.

Robson, *Experiment, Design and Statistics in Psychology*.

(١٩)

يقدر بخمسة أثمان (٥/٨) حجم المجتمع الكلي. ولا يمكن الشكوى من أن العينة قد تم سحبها بشكل عشوائي، وذلك لاعتماد الأسلوب الذي من خلاله يمكن الوصول إلى الأفراد المقصودين واستجوابهم، واستخدام الاستراتيجية التي تم توظيفها، ومقياس العينة. فإن العينة يمكن أن تكون مثالية بشكل كبير، وتصبح أقل تحيزاً مما لو كانت العينة أصغر من ذلك. وحسب ما يكون عليه الحال في الغالب في الدراسات التي تعتمد على استخدام الاستبيان البعدي، فإن الباحث ليست لديه القدرة في السيطرة على الأفراد المشمولين بعينة الدراسة الذين تم اختيارهم لتدوين إجاباتهم عنها وإرجاعها^(٢٠). ومرة أخرى سنرى في جزء لاحق من هذه الدراسة بعض المعلومات التي تم فيها تنفيذ المسح بالاستبيان. وأن الباحث قد أخذ بعين الاعتبار أن تعرض النتائج بعناية، إلا إذا اعتقد بأن نتائجه بالضرورة ممثلة لكل الطلبة السعوديين في بريطانيا.

الأهداف

إن عملية تعريف المشكلة باصطلاحات إجرائية تساهم في تعريف أهداف الدراسة على الرغم من أن الأهداف كانت واضحة في مرحلة مبكرة من تصميم الدراسة. وطالما أن المجتمع المستهدف قد تم تحديده فإن هناك ضرورة لتنقيح الأهداف، وذلك كي تكون ملائمة لذلك المجتمع. والهدف الرابع قد أضيف عندما اتخذ القرار لتطوير استمارة الاستبيان بشكل خاص لهذه الدراسة بدلاً من استخدام الاستمارة الموجودة. وهذا يبدو هدفاً إضافياً مشروعاً من وجهة النظر بأن هذه النقطة عملت بشكل مبكر في هذا الفصل؛ وذلك بأن تكون الدراسات البحثية على هذا الشكل وليس شيئاً آخر، كشكل منظم من الاستقصاء أو التحري. إن الاستخدام المخطط لعينة متعلمة ومثقفة يصبح مبرراً آخر لاستخلاص ردود الفعل في الاستبيان ومحتوياته.

لقد تم تحديد أهداف هذه الدراسة كالتالي:

١ - توضيح طبيعة الإرشاد والعلاج النفسي في النظرية والممارسة، مع نظرة خاصة لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية.

٢ - استكشاف:

أ - ادراكات طلبة الدراسات العليا المنتظمين في برامج الدراسات العليا في بريطانيا حول الإرشاد والعلاج النفسي .

ب - مدى الخبرة التي يمتلكها الطلبة في خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في العربية السعودية و/أو في بريطانيا .

ج - مدى الدعم إن كان هنالك دعم بين الطلبة للخدمات الإرشادية والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية .

د - الأمور التي يراها الطلبة ضرورية للقبول أو الرفض من قبل المجتمع السعودي لغرض تقديمها والتوسع بها .

٣ - محاولة استخلاص سلسلة من الاقتراحات والتوصيات ذات العلاقة بخدمات الإرشاد والعلاج النفسي في العربية السعودية خصوصاً بالنسبة إلى إدراكات الناس وقبولهم لتلك الخدمات .

٤ - تحديد فائدة أدوات البحث المستخدمة في الاستقصاء الحالي لإدراكات الطلبة عن الإرشاد والعلاج النفسي وذلك ليصار إلى استعمالها بشكل أوسع في المجتمع السعودي .

ثانياً: تصميم العمل الميداني للدراسة

يتكون المجتمع المستهدف في هذه الدراسة تقريباً من ٨٠٠ طالب وطالبة من المملكة العربية السعودية درسوا في الجامعات البريطانية عام ١٩٩٥ (وفرت معلومات من قبل الملحقية الثقافية السعودية في لندن).

١ - أدوات جمع المعلومات

استخدمت طريقتان لجمع البيانات في هذه الدراسة . الاستبيان والمقابلة المنظمة، حيث يعتبر الاستبيان والمقابلة من الأدوات التي تستخدم بشكل واسع في البحوث المسح^(٢١) . وقبل وصف هذه الأدوات المستخدمة فإن من المفيد مراجعة بعض الموضوعات في المراجع التي تركز على نقاط الضعف والقوة في هذه الأدوات، ومن ثم تبرير اختيار الباحث لمثل هذه الأساليب .

Verma and Beard, *What is Educational Research?: Perspectives on Techniques of Research*. (٢١)

ويعتبر الاستبيان أسلوباً اقتصادياً للحصول على البيانات ذات العلاقة بمشكلة معينة أو قضية تشمل جمهوراً واسعاً^(٢٢). فإن تم بناء الاستبيان بعناية وكانت فقراته وتعليماته واضحة لا لبس فيها ولا غموض ويمكن الإجابة عنها من قبل أفراد عينة الدراسة بسهولة، فستكون هذه الأداة وسيلة مفيدة جداً لجمع البيانات.

إلا أن هنالك بعض المشكلات في الاستبيان وبالأخص عندما يملأها الأفراد، وليست لديهم إجابات مؤكدة حول بعض الأسئلة التي تتناول أشياء ليس لديهم معرفة بها. والاستبيانات البريدية التي تحدثنا عنها يكون فيها نوع من المجازفة نتيجة نسيانها من قبل المستجوبين أو قد لا تعود. وعلى الرغم من الجهود الجيدة التي عملت لإعطاء فرصة للأفراد المستجوبين بأعلى مستوى من المرونة في الإجابة عن العبارات، فهنالك احتمالية بأن يجيب هؤلاء الأفراد عن عبارة معينة بالطريقة نفسها ولكن لأسباب مختلفة. وهكذا، فكما يلاحظ بعض الكتاب بأن الاستبيان يمكن أن يوفر معلومات بحجم لا يمكن للأدوات الأخرى توفيرها أو قد لا تنجح بتحقيق الكم نفسه من المعلومات بحدود الوقت نفسه، بل أيضاً ينقصها العمق الذي يمكن أن يتحقق من المقابلات المنفذة، كذلك فإن المستجوب يمكن أن يتفاعل مع الباحث مباشرة لتوضيح معنى أي جزء ومن ثم تقليص المجازفة بسوء الفهم الذي قد يظهر.

والمقابلة، من جانب آخر، على الرغم من كونها طريقة مفيدة لجمع البيانات حول خبرة الأفراد فإن لها سلبيات، طالما أنها تفاعل شخصي متداخل يحصل فيها نوع من التأثير والتأثير بين القائم بالمقابلة والفرد المستجوب سواء أكان هذا عن وعي أم دون وعي وكذلك بتأثير الآخرين^(٢٣). لذلك فقد يحصل تحيز قوي في الاستجابات المحصلة. والاحتمالية المتوقعة أن كل اثنين تتم مقابلتهم لا يكونان متماثلين، وذلك بسبب تأثير التفاعل وخصوصاً عندما تنفذ المقابلات بواسطة أشخاص مختلفين بدلاً من تنفيذها من قبل الباحث نفسه. وعندما نستخدم المقابلة لجمع البيانات لغرض مقارنة سلوك الأفراد المستجوبين، فإن المصدر الرئيسي للتحيز يمكن أن يكون مؤثراً جداً^(٢٤). وحتى عندما تستخدم المقابلة كوسيلة بسيطة لجمع المعلومات بدلاً

Nisbet and Entwistle, Ibid.

(٢٢)

(٢٣) انظر: Lawrence A. Pervin, *Personality: Theory, Assessment, and Research*, 2nd ed. (New York: Wiley, 1975).

(٢٤) على سبيل المثال: المقابلة الصحية أو الإكلينيكية. انظر: المصدر نفسه.

من تحديد المشاعر الداخلية فإنها تبقى مصدراً مهماً للتحيز، وذلك لأن المستجوبين أولاً يتولد لديهم شعور بالتجاوب مع ما يرضي الشخص الذي يقوم بالمقابلة بدلاً من التعبير بشكل حقيقي عن الموضوع المحدد؛ وثانياً، بالأخص في الحالات التي لا تسجل فيها المقابلة، فإن هنالك خطورة قوية حيث إن الملاحظات المكتوبة من قبل الشخص القائم بالمقابلة يمكن أن تعكس ماذا يريد هو مما يسمع بدلاً مما يقوله المستجوبون حقيقة. وأكثر من ذلك، إن عملية صياغة الملاحظات قد تتسبب في تشويش القائم بالمقابلة أو المستجوب^(٢٥).

وقد يكون من الخطأ أيضاً أن نعتقد بأن المقابلة أسلوب خاطيء أو سلبي طالما أن فيها نقاطاً قوية وإيجابية وبالأخص عندما توضح بشكل جيد. إن التفاعل بين القائم بالمقابلة والمستجوب يوفر فرصة كاملة من المرونة لتبادل المعلومات بدلاً من الحصول عليها بواسطة الاستبيان؛ ويمكن أيضاً أن توفر معلومات مفيدة وذلك نتيجة للفرصة المتاحة للمستجوبين لشرح ما يدور في تفكيرهم حول الأسئلة المطروحة، وأيضاً لعكس ما يجول في أذهانهم استناداً إلى خبراتهم الشخصية.

وكان أمل الباحث باستخدام الأدوات لجمع المعلومات وهما الاستبيان والمقابلة، أن يساعده في الحصول على بيانات ذات قيمة في الوصول إلى أهداف الدراسة. فالاستبيان يمكن أن يساعده في تقديم صورة واسعة عن ادراكات الطلبة السعوديين عن الإرشاد والعلاج النفسي كما يمكن الولوج من خلال المقابلة إلى داخل المستجوبين كي يعبروا من خلال معتقداتهم وخبراتهم عن أفكارهم وصياغتها بشكل يسهل على الباحث فهمها.

أ - الاستبيان

صمم الباحث استمارة الاستبيان باللغة الإنكليزية (انظر الملحق رقم (١)) ليتجاوب مع أهداف الدراسة وجمع البيانات من عينة الطلبة. فقد تم تطويرها أولاً باللغة الإنكليزية على ضوء ما هو متوفر في المراجع من معلومات ذات علاقة ببناء الاستبيان وكذلك باستشارة المشرف والهيئة التدريسية في كلية التربية في جامعة مانشستر. إن الهدف في المسودة الأولية هو بناء الاستبيان بصورة يمكن فهمه بسهولة بحيث لا يأخذ ملؤه مدة

(٢٥) المصدر نفسه.

طويلة. ووضعت أيضاً الأسئلة في أنماط مختلفة لكي تدفع باتجاه تحقيق معدلات استجابة بمستوى عالٍ ما أمكن إلى ذلك سبيلاً. وكذلك كان من المهم أن يوفر مدى واسعاً من العبارات كي تساعد في الوصول إلى صورة متكاملة قدر المستطاع عن ادراكات المستجوبين وخبراتهم في الإرشاد والعلاج النفسي.

إن اختيار الباحث للعبارات قد تأثر بما ورد من كتابات عن الإرشاد والعلاج النفسي في الواقع السعودي. فعلى سبيل المثال حددت المشاكل بشكل واضح بواسطة جلبي (Chaleby)^(٢٦) حول تكييف أو ملاءمة الأساليب التي تم تطويرها في الغرب لكي تكون متفقة مع احتياجات الناس في إطار التقاليد والثقافة السعودية (انظر الفصل الثاني).

ويتضمن الاستبيان أربعة أقسام: الجزء أ (١٣ عبارة) موجه للحصول على تفاصيل عن خلفية المستجوبين مثل العمر، والحالة الاجتماعية، ومجال الدراسة للمستجوب. الجزء ب (١٤ عبارة) ركز على مفهوم وخبرة المستجوبين في الإرشاد. العبارات كلها في هذا الجزء تشمل أنواعاً من الأسئلة ذات النهايات المغلقة.

الجزء ج (٢٤ عبارة) استخدم فيه مقياس ليكرت (Likert) (موافق بشدة، موافق، لا أدري، غير موافق، غير موافق بشدة) وذلك لاختبار اتجاهات المستجوبين بخصوص الحاجة إلى الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية. والقسم د تضمن أسئلة مفتوحة النهايات وذلك بغرض إعطاء فرصة للمشاركين لكتابة اقتراحاتهم حول الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية تحت ستة عناوين فرعية.

وعندما تم تطوير الاستبيان بشكل كامل وبحدود الوقت المتوفر وما أخذ في الاعتبار من وضوح في التوجيهات لغرض وضعها، فقد تمت ترجمته إلى اللغة العربية من قبل الباحث نفسه. إن النسختين (العربية والإنكليزية) قد تم عرضهما على بعض طلبة الدراسات العليا الناطقين باللغة العربية في جامعة

K. Chaleby: «Cousin Marriages and Schizophrenia in Saudi Arabia,» *British Journal of Psychiatry*, vol. 150 (1987), pp. 547-549; «Traditional Arabian Marriages and Mental Health in a Group of Outpatient Saudis,» *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 77 (1988), pp. 139-142, and «Psychotherapy with Arab Patients toward a Culturally Oriented Technique,» *Arab Journal of Psychiatry*, vol. 3, no. 1 (1992), pp. 16-27.

مانشستر لإبداء ملاحظاتهم واقتراحاتهم حول مدى ملاءمة الترجمة. وقد تم إجراء عدد من التعديلات البديلة في هذه المرحلة وبالأخص في صياغة الجمل. في هذه المرحلة تم توزيع الاستبيان على ٣٧ طالباً من السعوديين (الذكور) وعند هذه النقطة كان المتوقع بأن الطلبة السعوديين الذكور فقط سوف يكملون الاستبيان (العينة الصغيرة للإناث جاءت بسبب طلب زوجات المستجوبين من الباحث بعض النسخ الإضافية). وعلى ضوء ورود ملاحظات من الطلبة الـ ٣٧، تم عمل إجراءات إضافية بخصوص الصياغة وبشكل أساسي حول تعليمات الاستبيان.

في الخطة الأصلية تم إجراء اتصال بالطلبة السعوديين في المملكة المتحدة، وذلك من خلال الملحقية الثقافية السعودية في لندن. ولكن بسبب الحاجة إلى الاحتفاظ بالسرية لم تتم الملحقية بتزويدنا بقائمة الأسماء والعناوين. ولكن ما أجراه الباحث هو إصاق طابع على المغلفات ووضع كافة الأوراق الضرورية في داخلها. وقد وافق ما يقارب ٤٠٠ - ٤٥٠ طالباً أن يكونوا كمستهدفين بالتعاون مع الملحقية.

وقبل التاريخ المحدد لتوزيع الاستبيانات في الأسبوع الثالث من أيلول/سبتمبر ١٩٩٥ تم التحدث مع مدير النادي الطلابي السعودي المحلي وقد أقنع الباحث باستخدام استراتيجيات توزيع مختلفة. وقد تبع ذلك محادثات تلفونية مع مديري نواد طلابية سعودية آخرين في المملكة المتحدة. وقد عبروا عن موافقتهم على دعم الدراسة وإعلام الطلبة طبيعة الدراسة وأهدافها. وقام الباحث بإرسال نسخ من الاستبيان لهم مرفقة برسالة داخل مغلف عليه طابع الباحث وعنوانه.

وخلال أسبوعين تم إرسال ٤٥٠ مجموعة من الاستمارات معظمها من خلال مديري النوادي المحليين الذين نظموا توزيعها على أعضاء النوادي المحليين. ومن خلال دعم المديرين والقيام بتذكير الطلبة في لقاءات منتظمة بالنوادي ووفق خطة استغرقت شهراً واحداً لاسترجاع الاستبيانات استطاع الباحث الحصول على معدل استجابة عالية. أما بعض الطلبة السعوديين الذين لم يتسلموا نسخاً من الاستمارات فقد قاموا بالاتصال مباشرة بالباحث للحصول على نسخ. فمن خلال هذا الأسلوب قامت عينة من النساء بطلب بعض النسخ لملئها.

وتم تسلّم ٣٢٠ استبياناً من مجموع ٤٥٠ استبياناً وزعت على الطلبة

الذكور. واستبعد منها ٣٥ استبياناً لعدم ملئها بالشكل الملائم. وما تبقى منها فقط ٢٣٥ استمارة استخدمت لغرض التحليل: وان ٣٠ استمارة قد استلمت من الطالبات الإناث: (٣) منها استبعدت بسبب كونها لم تستعمل، والباقي منها (٢٧) استمارة استخدمت لغرض التحليل. وهكذا فإن ما مجموعه ٣١٢ استبياناً قد أعد لغرض التحليل. وتفصيلات أكثر حول ملء عينة الاستمارات بشكل أفضل تم عرضها في الفصل الخامس، وتفصيلات حول عينة المقابلة تم عرضها في الفصل السادس.

وبعد شهر من اليوم المحدد لإرسال الاستبيان، تم إرسال رسالة مكتوبة باللغة العربية إلى الطلبة الذين لم يعيدوا الاستبيان.

ب - المقابلة

كانت المقابلات شبه منظمة في تكوينها حيث قام الباحث بإعداد مجموعة من الأسئلة لكي تساعده على تغطية الموضوع نفسه مع كل مستجوب، ولكن بمرونة كافية في التركيب وذلك للمساعدة في القضايا ذات الاهتمام الخاص بالموضوع بما يوفر استقصاء تفصيلياً بدلاً من اعتماد مقابلات منظمة والتي قد لا توفر ما هو مطلوب الحصول عليه بشكل دقيق وكامل.

إن محتوى المقابلة قد حدد لتغطية الجوانب التالية بشكل مفصل: الخلفية الشخصية، أي خبرة عائلية أو شخصية في الإرشاد، ومفهوم الإرشاد النفسي، والخدمات الأدوات في المملكة العربية السعودية، والخدمات الأدوات في المملكة المتحدة، ومقارنة بين الخدمات في الدولتين، واقتراحات لتحسين الخدمات الأدوات في المملكة العربية السعودية وأخيراً ردود الأفعال على الاستبيان.

إن عينة المقابلة قد سحبت من مستجوبي الاستبيان الذين وافقوا على إجراء المقابلة، وذلك بملء المربع الموجود أسفل الورقة الأولى للاستبيان (انظر الملحق (١)) حيث سيتصل الباحث بهم مستقبلاً لعمل ترتيبات المقابلة، إما بواسطة التلفون أو بالرسائل.

ملاً ثمانية عشر طالباً فقط المربع الموجود في الاستبيان. وبعد الاتصال بهم جميعاً، وجد الباحث أن أحد عشر منهم كانوا مهتمين بإجراء المقابلة. وقد أجرى الاتصال بواسطة الهاتف وذلك لترتيب الوقت والمكان للمقابلة. وإن رسائل قد أرسلت إلى الأحد عشر طالباً لتأكيد ترتيبات المقابلة مع تقديم

ملخص عام عن محتوى ومنهجية المقابلة (انظر الملحق رقم (٣)).

أجرى الباحث مقابلات مفصلة مع مستجوبي الاستبيان الأحد عشر، استغرقت كل مقابلة حوالي ٤٥ - ٥٠ دقيقة. وكان كل الذين تمت مقابلتهم من الذكور.

ولو أخذنا بعين الاعتبار الملاحظات التي أبدت في السابق (انظر الفصل الثالث بشكل خاص) حول أماكن وجود الإناث السعوديات، فيجب عدم الدهشة من أن أيًا من الطلبة الإناث لم تعرض قبول المقابلة مع الباحث (الذكر). تم إجراء المقابلات كما يلي: في جامعة مانشستر (٤ طلاب)، في شفيلد (٤ طلاب)، في برمنغهام (طالبان) ويورك (طالب واحد). نفذت جميعها خلال شهري تشرين الثاني/نوفمبر وكانون الأول/ديسمبر عام ١٩٩٥.

وجرى تنفيذ كل مقابلة في مكان هادئ إما في بيت أو غرفة، واحداً بعد الآخر. وباستئذان المستجوبين فقد تم تسجيل المقابلة على شريط. وبعد ذلك تم نقل التسجيل الصوتي إلى كتابة عادية. وتجدر الإشارة إلى أن اثنين من المستجوبين فضلاً عن إجراء المقابلة باللغة الإنكليزية، في حين اختار الآخرون أن تكون المقابلة باللغة العربية.

٢ - معالجة البيانات

بناء على نصائح الهيئة التدريسية في وحدة الحاسوب التربوي والمشراف على البحث، فقد قام الباحث بإعداد نظام الترميز لكل عبارة في الاستبيان، واستبعاد العبارات ذات النهاية المفتوحة في الجزء د. وبعد ذلك أعدت البيانات لإدخالها في الحاسوب. ومن ثم استخدمت الصفحة المطبوعة للتأكد من أن البيانات قد أدخلت بشكل دقيق. وأخيراً تم تحليل البيانات باستخدام برنامج «الرمزة الإحصائية في العلوم الاجتماعية» (SPSS).

أما بالنسبة إلى العبارات المفتوحة النهائية في الجزء د من الاستبيان فقد تم تحليلها يدوياً من قبل الباحث الذي عمل ملاحظات ملخصة حول النقاط التي تناولها كل مستجوب وتحت كل عنوان فرعي. كانت الملاحظات ترتبط بالاستبيان، أي أنها أخذت التقييم نفسه للترميز وأهداف التحليل.

قام الباحث بتفريغ بيانات المقابلة باستثناء المقابلات التي تمت باللغة الإنكليزية وعددها (٤)، فقد قام أيضاً بترجمة هذه البيانات المفرغة إلى الإنكليزية.

لقد ركز هذا الفصل على طريقة البحث التي استخدمت في هذه الدراسة، وأهداف الدراسة، وتطوير أداة جمع البيانات والمعلومات، والمنهجيات التي استخدمت لجمع البيانات وتحليلها. والآن من المفيد أن نوجه الاهتمام نحو النتائج التي توصلت إليها الدراسة. وهذا هو موضوع الفصلين القادمين.

الفصل الخامس

نتائج الاستبيان

الفصل الحالي هو أول الفصلين اللذين يعرضان النتائج من العمل الميداني المنفذ للدراسة. وكما ذكر في الفصل السابق فقد استخدمت وسيلتان لغرض جمع المعلومات والبيانات ميدانياً؛ الاستبيان والمقابلة، ولهذا فإن هذا الفصل يتعامل مع النتائج المستخلصة من الاستبيان، والفصل السادس مع بيانات المقابلة.

وكما ذكر في الفصل السابق، فإن ٨٠٠ طالب من المملكة العربية السعودية تقريباً كانوا يدرسون في المملكة المتحدة في وقت العمل الميداني للدراسة اعتبروا كمجتمع مستهدف في الدراسة. لقد تم تطوير الاستبيان من قبل الباحث، وأرسل إلى ٤٠٠ طالب من الذكور و٥٠ من الإناث. وحوالي ٨٠ بالمئة من الطلاب الذكور (٣٢٠) أعادوا الاستمارات فقط. وعلى أية حال ٣٥ منهم ملأوا الاستمارات جزئياً لذلك لا يمكن استخدامها. كما أعاد ٦٠ بالمئة من الطلبة الإناث (٣٠) الاستمارات، وقد استبعدت ثلاثة استبيانات لأن المستجوبين لم يكتبوا إجابات عن جميع الأسئلة فيها، لذلك يوجد فيها نقص بالمعلومات. لهذا أصبحت العينة للمستجيبين على الاستبيانات ٣١٢ فرداً، منهم ٢٨٥ طالباً و٢٧ طالبة.

أولاً: طبيعة العينة

١ - نتائج الجزء (أ) من الاستبيان

إن جميع المستجوبين بواسطة الاستبيان البالغ عددهم ٣١٢، منهم ٢٨٥ طالباً و٢٧ طالبة، هم طلبة من المملكة العربية السعودية الذين كانوا يدرسون في تخصصات متنوعة في المملكة المتحدة. ٤٥ بالمئة منهم (١٤١) كانت أعمارهم تحت ٣٠ سنة والباقي (١٧١) كانت أعمارهم ٣٠ سنة فأكثر،

وبنسبة (٥٤,٨ بالمائة) (انظر الجدول رقم (٥ - ١)). وتقريباً (٨٧,٨ بالمائة) كانوا متزوجين و٣٨ كانوا عزاباً وبنسبة (١٢,٢ بالمائة) وأكثر من أربع أخماس المستجوبين (٢٦٤) جاءوا من خلفية حضرية في المملكة العربية السعودية، وبنسبة (٧٨,٨ بالمائة) وأقل من الخمس (٥٨ مستجوباً) جاءوا من مناطق ريفية (١٨,٦ بالمائة) و(٨) جاءوا من خلفية بدوية (٢,٦ بالمائة). إن الطلاب المستجوبين جاءوا من كل مناطق المملكة: ١٢٣ جاءوا من المنطقة الوسطى في المملكة العربية السعودية (٣٦,٥ بالمائة)، و١٠٨ طالباً من المنطقة الغربية (٣٠,٨ بالمائة)، و٤٢ طالباً من المنطقة الشرقية (١٣,٥ بالمائة) و٥٧ طالباً من المناطق الشمالية والجنوبية (حوالي ١٩ بالمائة) (انظر الجدول رقم (٥ - ٢)).

فقط أكثر من ستة ونصف من كل عشرة طلاب (٢٠٣) في العينة (٦٥,١ بالمائة) لم يزوروا أي دولة غربية قبل وصولهم إلى المملكة المتحدة، وثلث العينة (١٠٥) من المتبقين قاموا بذلك.

إن الغالبية الكبرى للعينة (٢٧٣ طالباً) كانوا يدرسون على حساب الحكومة السعودية (٨٧,٥ بالمائة). وأما البقية والبالغ عددهم ١٨ طالباً، فمنهم ٧ كانوا يقومون بالدراسة على حسابهم الخاص، و٥ على حساب عائلاتهم، و٦ على حسابهم الشخصي ومشاركة عائلاتهم. و١٥ طالباً (٤,٨ بالمائة) فقد درسوا على حساب مؤسسات أخرى مثل شركة النفط الأمريكية العربية (أرامكو).

وبالنسبة إلى طول الإقامة أو مدتها في المملكة المتحدة، فأكثر من ثلث المستجوبين كانت مدة إقامتهم فيها أقل من سنتين وهم ١١٠ طلاب وحوالي الثلث أيضاً أمضى فيها أكثر من سنتين وهم ١٠٧ طلاب، و فقط أكثر من خمس الطلبة كانت إقامتهم أكثر من خمس سنوات وبحدود ٦٦ طالباً.

الجدول رقم (٥ - ١)
المستجوبون حسب العمر والجنس

العمر	ذكور	إناث	المجموع
٢٥ وأقل	٢٣	٩	٣٢
٢٦ - ٣٠	٩٦	١٣	١٠٩
٣١ - ٣٥	١٢٢	٣	١٢٥
٣٦ - ٤٠	٣٣	١	٣٤
٤١ - ٤٥	١٠	٠	١٠
لم يستجيب	١	١	٢
المجموع	٢٨٥	٢٧	٣١٢

الجدول رقم (٥ - ٢)
المستجوبون حسب المنطقة

المنطقة	ذكور	إناث	المجموع
الشمالية	١٤	١	١٥
الجنوبية	٤٣	٢	٤٥
الشرقية	٣٩	٣	٤٢
الغربية	٩٦	١٢	١٠٨
الوسطى	١١٤	٩	١٢٣
المجموع	٣٠٦	٢٧	٣٣٣

الجدول رقم (٥ - ٣)
المستجوبون على أساس حقل الدراسة

حقل الدراسة	ذكور	إناث	المجموع
طب	٣٨	-	٣٨
آداب	٣٠	٨	٣٨
علوم	١١٦	٦	١٢٢
علوم اجتماعية	٩٠	٢	٩٢
أخرى	١١	٤	١٥
لم يجيبوا	-	٧	٧
المجموع	٢٨٥	٢٧	٣١٢

أما بالنسبة إلى الخلفية الأكاديمية فإن ١٧٧ طالباً (٥٧ بالمئة) أكملوا درجة الدراسات العليا، و٩٩ طالباً (٣٢ بالمئة) أكملوا درجة الدراسة الأولية، و٢٩ طالباً (٩ بالمئة) لديهم درجة الثانوية، و٥ طلاب (٢ بالمئة) أكملوا دبلومات أخرى (غالباً ما تكافئ درجة الثانوية).

وثلثا العينة تقريباً (٢٠٧) كان آباؤهم من المتعلمين (٦٦ بالمئة) وثلثهم (١٠٥) كان آباؤهم من غير المتعلمين (٣٤ بالمئة). وأكثر من نصف الطلاب المستجوبين (٥١ بالمئة) هم من بين المتخصصين في الآداب أو العلوم الاجتماعية، وأغلب الباقي ١٤٥ طالباً من المتخصصين في العلوم أو الطب. (انظر الجدول رقم (٥ - ٣)).

والعبارات في القسم (ب) موجهة نحو جمع المعلومات عن مفاهيم العينة نحو الاحتياجات للارشاد والعلاج النفسي. وتلك الاستجابات تم تحليلها على أساس العينة بمجموعها، الجنس والعمر (تحت ٣٠، و٣٠ عاماً فأكثر) والمنطقة (وسطى، وغربية، وشرقية، وشمالية/جنوبية).

وقد تقرر دمج مجاميع مجموعات العمر مع المنطقة لغرض إجراء مقارنة بين المجموعات. وهذا لم يجر بسبب الاعتقاد بأن هذا الدمج للمجموعات قد يؤدي إلى كتمان الصفة الأصلية كما هي مستخدمة في الاستبيان، وإنما لإعطاء تجانس للحجوم مع استبعاد مجموعات النوع الاجتماعي (الجنس) يدعم مناقشة النتائج. وعموماً العينة بحجمها الكلي تقدم لنا صورة عامة، ولكنها، مثل متوسط الدرجات، من الممكن أن تخفي عدداً من الاختلافات. فقد عملت المجموعات المدجة على جلب الاهتمام نحو أنماط الاستجابة. العمر دائماً قضية مهمة من وجهة نظر البحث المسحي طالما أنه يقدم دقة محكمة. فالفرد الذي عمره ٣٠ عاماً يكون بعيداً بسبب الاختلاف الرقمي عن الشخص الذي يبلغ عمره ٣٢ سنة أو حتى ٣١ سنة. إذاً هذه مشكلة عندما نقول إن الذي يبلغ عمره ٣٢ سنة له صفات متشابهة مع الآخرين وليس مع هؤلاء الذين تبلغ أعمارهم ٣١ أو ٣٠ سنة مع أنهم قد يكونون ولدوا في العام نفسه. ولكن نقاطاً مفيدة أكثر للمقارنة قد تحصل في التجميع فتقدم مدخلات ذات معنى أكثر، هذا من جانب، ولكنها قد تكون خاطئة بسبب إهمال العامل أو المتغير.

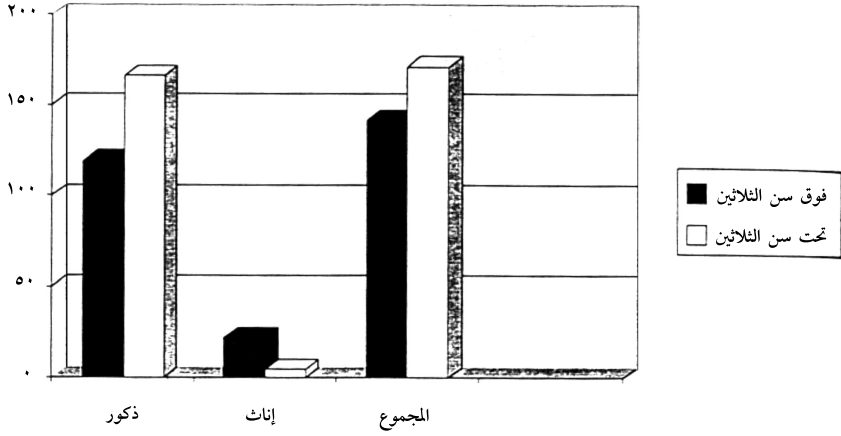
فقرار تقسيم العينة إلى مجموعتين من الأعمار ٣٠ وأكثر من ٣٠ سنة على سبيل المثال، كاد يسبب جواً من الغموض قد يؤدي البعض، ولكن قد

ينظر إلى هذه الأرقام كتصنيفات بدلاً من أن يكون لها تأثير قوي. ويبدو مبرراً للافتراض بأن المستجوبين الأقل عمراً من الممكن أن تكون لديهم خبرات حديثة أكثر في مرحلة المدرسة ومرحلة التعليم العالي، كمجالين مهمين تم تطوير الخدمات الإرشادية فيهما وتوسيعها في السنوات الحالية، بشكل شامل أكثر من مجالات الخدمات الأخرى. وكذلك فإن المستجوبين ذوي الأعمار القليلة ربما يكونون أكثر تعرضاً لوسائل الإعلام من هؤلاء الأكبر عمراً، وذلك سينعكس على أفكارهم واتجاهاتهم... إلى آخره. وبالتالي سوف يكونون مقيدين بالتأثيرات الحديثة.

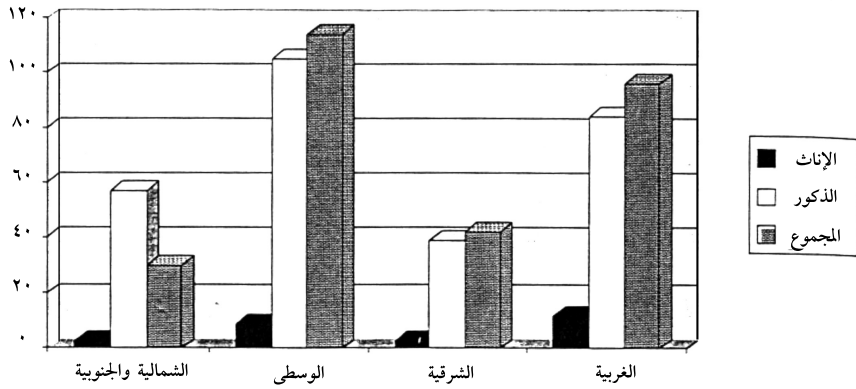
إن مقارنة استجابات مجموعات الجنس يجب أن نتعامل معها بحذر، وذلك بسبب اختلافات معتبرة في حجوم المجموعات، حيث إن حجم الطالبات كان ٢٧ ويمثل أقل من ١٠ بالمئة من مجموع العينة. فإذا يقوم الباحث بمقارنة استجابات الذكور مع الإناث بالنسبة إلى عبارة معينة باستخدام النسبة المئوية للإناث اللواتي اخترن جواباً معيناً، فإن كل اختيار لأثنى يحسب بحوالى ٤ بالمئة من مجموع الإناث الكلي، بينما اختيار الذكر المفرد يحسب أقل من ٠,٥ بالمئة من مجموع الذكور الكلي.

وتجدر الملاحظة أيضاً إلى أنه تم تقسيم المجموعات إلى فئتين تحت ٣٠ وفوق ٣٠ عاماً، وأن خمس مناطق تم تصنيفها إلى أربع (شمال وجنوب قد تم دمجها على أساس أن هاتين المنطقتين تقريباً متشابهتان في الخصائص). وهذه الفئات للأعمار والمناطق قد تم اختيارها بشكل عشوائي إلى حد ما. ففي مثل هذا الإجراء قد تحصل تزاوجات أفضل بالنسبة إلى أعداد الطلاب الذين يقعون في فئة معينة (إن تقسيم المجموعات العمرية يمكن رؤيتها في الشكل رقم (٥ - ١)، ومجموعات المناطق في الشكل رقم (٥ - ٢)).

الشكل رقم (٥ - ١)
المجموعات العمرية (مجمعة): تحت سن الثلاثين وفوقه



الشكل رقم (٥ - ٢)
المستجوب على أساس المناطق أو المنطقة (مجمعة)



٢ - نتائج الجزء (ب)

لقد سئل الطلبة متى وأين وكيف تعرفوا أولاً إلى مفهوم الإرشاد والعلاج النفسي، وأجوبتهم وضعت في الجدولين رقمي (٥ - ٤) و (٥ - ٥). بالنسبة إلى العينة ككل، أكثر من ثلث المستجوبين بينوا بأنهم تعرفوا إلى مفهوم الإرشاد والعلاج النفسي خلال دراستهم للحصول على الدرجة العلمية الأولى (انظر الجدول رقم (٥ - ٥))، وأن أكثر من نصف العينة توصلوا إلى هذا المفهوم قبل إنهاء مرحلة التعليم العام (الابتدائية، المتوسطة والثانوية). وعلى الرغم من أن كل ثلاثة من عشرة مستجوبين لم يحدث لهم أن تعرفوا على المفهوم حتى مرحلة الدراسة الثانوية، فإن بعضاً من هؤلاء استخدموا تصنيفاً آخر في استجاباتهم، وفي الأغلب حددوا ذلك من التدريب المهني والتعليم العام المتقدم.

وعند النظر إلى الإجابات على أساس أعمار المستجوبين فقد ظهر بأن أكثر من ضعف المستجوبين تحت عمر ٣٠ سنة (٣٠ بالمئة) بينوا أنهم تعرفوا على مفهوم الإرشاد قبل المدرسة الثانوية كمثال هؤلاء الذين كانت أعمارهم أكثر من ٣٠ عاماً ونسبتهم ١٤ بالمئة. وعندما ننظر إليها من خلال النوع الاجتماعي (الجنس)، فإن الأرقام تبين بأن الطالبات قد تعرفن على مفهوم الإرشاد والعلاج النفسي بشكل مبكر مقارنة بالطلبة الذكور، أي أن فقط أقل من ٣ في كل عشر طالبات بينن بأنهن تعرفن على الإرشاد قبل المدرسة الثانوية وذلك بالمقارنة مع أكثر من اثنين لكل عشرة طلبة من الذكور. على أية حال وكما تم توضيحه فإن مقارنات النوع الاجتماعي من (الجنس) يمكن التوصل إليها ولكن بحذر وذلك بسبب كون حجم عينة المستجوبات من الطالبات صغيرة جداً. وأكثر من ذلك فإن الاتجاه يظهر أنه من الممكن أن تكون استجابات الطالبات قد تأثرت بعامل العمر، حيث إن ٢٢ من ٢٧ طالبة كانت أعمارهن أقل من ٣٠ عاماً (انظر الشكل رقم (٥ - ١)). ويبين الجدول رقم (٥ - ٥) بأن هنالك اختلافات قليلة أو محدودة تظهر عندما ينظر إلى النتائج على أساس المنطقة.

الجدول رقم (٥ - ٤)
التعرف الأولي على مفهوم الإرشاد على أساس العمر
والنوع الاجتماعي (الجنس)

المجموع الكلي		الجنس				العمر				التعرف
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
		العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	
٢٢	٦٤	٢٩	٧	٢١	٥٧	١٤	٢٣	٣٠	٤١	قبل المدرسة الثانوية
٢٩	٨٧	٣٣	٨	٢٩	٧٩	٢٨	٤٦	٣٠	٤١	خلال المدرسة الثانوية
٣٥	١٠٤	٣٣	٨	٣٥	٩٦	٣٧	٦٠	٣٣	٤٤	عند التخرج في الكلية
٦	١٧	-	-	٦	١٧	١٠	١٥	٢	٢	دراسات عليا
٨	٢٥	٤	١	٩	٢٤	١١	١٨	٥	٧	أخرى
١٠٠	٢٩٧	١٠٠	٢٤	١٠٠	٢٧٣	١٠٠	١٦٢	١٠٠	١٣٥	المجموع

الجدول رقم (٥ - ٥)
التعرف على فكرة الإرشاد على أساس المنطقة

المجموع الكلي		المنطقة								التعرف
		وسطى		غربية		شرقية		شمالية وجنوبية		
		العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	
٢٢	٦٤	٢٤	٢٥	٢١	٢٠	٢٠	٨	١٩	١١	قبل المدرسة الثانوية
٢٩	٨٧	٣٠	٣٢	٢٨	٢٦	٣٠	١٢	٣٠	١٧	خلال المدرسة الثانوية
٣٥	١٠٤	٣٨	٤٠	٣٣	٣١	٣٨	١٥	٣٢	١٨	عند التخرج في الكلية
٦	١٧	٥	٥	٤	٤	٨	٣	٩	٥	دراسات عليا
٨	٢٥	٤	٤	١٤	١٣	٥	٢	١٠	٦	أخرى
١٠٠	٢٩٧	١٠١	١٠٦	١٠٠	٩٤	١٠١	٤٠	١٠٠	٥٧	المجموع

ما يوضحه الجدول رقم (٥ - ٦) أن كل تسعة من عشرة طلاب للعينة (٨٧ بالمئة) بينوا بأنهم تعرفوا لأول مرة على مفهوم الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية. وأن المتبقين من طلبة العينة، في الأغلب واحد من كل عشرة بينوا بأنهم تعرفوا على الفكرة في المملكة المتحدة. وعند فحص الإجابات الخاصة بالعمر والجنس ظهر أن الاختلافات ثانوية. أما بالنسبة إلى المتوسطات والوسيط للمستجوبين حول تعرفهم للمرة الأولى لمفهوم الإرشاد

والعلاج النفسي وكما يرى في الجدول رقم (٥ - ٧) فإن أغلبية أفراد العينة أشاروا إلى أن المصدر الأكثر احتمالاً كان المدرسين (أربعة ونصف طالب لكل ١٠ عموماً) وأن المصدر اللاحق هم الأصدقاء (حوالي واحد من كل ستة طلاب). ومن ثم البرامج التي تعرض في التلفاز أو المذياع (واحد من كل سبعة طلاب). وأن أقل المصادر كان الزوج والأطباء.

الجدول رقم (٥ - ٦)

الدولة التي تعرف فيها المستجوبون لأول مرة على فكرة الإرشاد على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس)

المجموع الكلي		الجنس				العمر				الدولة
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٨٧	٢٥٥	٨٨	٢٣	٨٧	٢٣٢	٨٤	١٣٤	٨٩	١٢١	المملكة العربية السعودية
٩	٢٨	١٢	٣	٩	٢٥	١١	١٧	٨	١١	المملكة المتحدة
٣	١٠	٠	٠	٤	١٠	٥	٨	٢	٢	دول شرق أوسطية أخرى
١	١	٠	٠	٠	١	٠	٠	١	١	دول اسلامية أخرى
١٠٠	٢٩٤	١٠٠	٢٦	١٠٠	٢٦٨	١٠٠	١٥٩	١٠٠	١٣٥	المجموع

الجدول رقم (٥ - ٧)

مصدر التعرف على مفهوم الإرشاد على أساس العمر والجنس

المجموع الكلي		الجنس				العمر				المصدر
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٤٥	١٢٦	٦٩	١٨	٤٢	١٠٨	٤٠	٦٠	٥١	٦٦	المدرسون
١٦	٤٦	٨	٢	١٧	٤٤	١٧	٢٦	١٥	٢٠	الأصدقاء
٤	١٢	٠	٠	٥	١٢	٥	٨	٣	٤	الطبيب
١	٤	٠	٠	٢	٤	٢	٣	١	١	الزوج
١٤	٣٩	٤	١	١٥	٣٨	١٤	٢١	١٤	١٨	برامج التلفاز أو المذياع
٨	٢٢	٨	٢	٨	٢٠	٩	١٣	٧	٩	مقالات في الصحف
١١	٣٢	١١	٣	١١	٢٩	١٣	٢٠	٩	١٢	والمجلات الأخرى
١٠٠	٢٨١	١٠٠	٢٦	١٠٠	٢٥٥	١٠٠	١٥١	١٠٠	١٣٠	المجموع

وعند تفحص استجابات الطلبة على أساس العمر والجنس نجد أنها تعكس الأنماط نفسها، وأن هنالك اختلافات في النسب. وكمثال على ذلك، فإن المدرس قد مثل أكثر من أربعة طلاب من كل عشرة مقارنة بما يقارب سبعة من كل عشر طالبات. وأظهر الآخرون اختلافات تبدو محتملة كنتيجة لعدم الموازنة في حجوم العينات الفرعية.

وبين حوالي واحد من سبعة للطلبة عموماً (١٧ بالمئة) بأنهم أرشدوا من المرشدين (انظر الجدول رقم (٥ - ٨)). وأن الغالبية العظمى لم يفعلوا ذلك (٨٣ بالمئة). وكانت هناك اختلافات ضعيفة عندما ينظر إلى استجابات المستجوبين على أساس العمر، أي أن المعدل كان أقل قليلاً في مجموعة الأعمار المتقدمة أو الأكبر. أما بالنسبة إلى الإناث فإن نسبة اللواتي أرشدن من المرشدين كانت أكثر من واحدة من كل أربع مستجوبات (٢٦ بالمئة) فقد كان عددهن سبع طالبات. والنسبة بين الطلاب الذكور كانت حوالي واحد من كل سبعة طلاب (١٦ بالمئة) على أساس أن ٤٦ طالباً من الذكور بينوا بأنهم أرشدوا من قبل المرشدين، بمقارنة مع ما مجموعه ٥٣ من ٣١٢ في العينة ككل (١٧ بالمئة). ويظهر الجدول رقم (٥ - ٩) بأن عشرة مستجوبين، منهم ثلاث إناث، بينوا بأن زيارتهم الإرشادية قد تم تنظيمها من قبل المدرس أو رئيس المدرسين، وأن ثلاثة (جميع الذكور) ذكروا أفراد الأسرة. وأخيراً ثلاثة ذكروا الأصدقاء. وتجدر الإشارة إلى أن أيّاً من الطلاب لم يذكر الإمام كمنظم للزيارة. وأربعة طلاب (٣) ذكور وأنثى واحدة ذكروا أطباءهم. وسبعة وعشرون طالباً منهم أنثى واحدة، بينوا بأنهم نظموا زيارتهم الإرشادية بأنفسهم. وستة طلاب ٤ منهم ذكور و٢ إناث حددوا مصادر أخرى في تنظيم زيارتهم: الزوج، وصديق العائلة، والزميل، وحالة واحدة لم تعط أي مؤشر على من نظم الزيارة الإرشادية لها.

الجدول رقم (٥ - ٨)
الخبرة في الإرشاد على أساس العمر والجنس للمستجوبين

المجموع الكلي		الجنس				العمر				من أرشدوا
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
١٧	٥٣	٢٦	٧	١٦	٤٦	١٩	٣٢	١٥	٢١	نعم
٨٣	٢٥٩	٧٤	٢٠	٨٤	٢٣٩	٨١	١٣٨	٨٥	١٢٠	لا
١٠٠	٣١٢	١٠٠	٢٧	١٠٠	٢٨٥	١٠٠	١٧٠	١٠٠	١٤١	المجموع

الجدول رقم (٥ - ٩)
منظم الزيارة الإرشادية على أساس العمر والجنس للمستجوبين

المجموع الكلي		الجنس				العمر				منظم الزيارة
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
١٩	١٠	٤٣	٣	١٥	٧	١٩	٦	١٩	٤	مدرس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الأب
٦	٣	-	-	٧	٣	٣	١	١٠	٢	أي من أفراد العائلة
٦	٣	-	-	٧	٣	٦	٢	٥	١	صديق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإمام
٨	٤	١٤	١	٧	٣	٦	٢	١٠	٢	طبيب
٥١	٢٧	١٤	١	٥٧	٢٦	٥٩	١٩	٣٨	٨	المستجوب
١١	٦	٢٩	٢	٩	٤	٦	٢	١٩	٤	آخرون
١٠٠	٥٣	١٠٠	٧	١٠٠	٤٦	١٠٠	٣٢	١٠٠	٢١	المجموع

الجدول رقم (٥ - ١٠)
مكان الإرشاد على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس)

المجموع الكلي		النوع الاجتماعي				العمر				المكان
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٤٣	٢٣	٨٦	٦	٣٧	١٧	٣٤	١١	٥٧	١٢	المدرسة السعودية
٦	٣	-	-	٩	٤	٩	٣	-	-	المدرسة في المملكة المتحدة
١٥	٨	١٤	١	١٥	٧	٢٢	٧	٥	١	المستشفى السعودي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المستشفى في المملكة المتحدة
١١	٦	-	-	١٣	٦	١٣	٤	١٠	٢	عيادة سعودية خاصة
٢	١	-	-	٢	١	-	-	٥	١	عيادة خاصة بالمملكة المتحدة
٢٣	١٢	-	-	٢٦	١٢	٢٢	٧	٢٤	٥	أخرى
١٠٠	٥٣	١٠٠	٧	١٠٠	٤٦	١٠٠	٣٢	١٠٠	٢١	المجموع

يبين الجدول رقم (٥ - ١٠) أين حدث الإرشاد. ثلاثة وعشرون مستجوباً؛ ١٧ ذكور (٣٧ بالمئة) و٦ إناث (٨٦ بالمئة) حددوا المدرسة في المملكة العربية السعودية (المدرسة يمكن تفسيرها بأنها مؤسسة تربوية إما مدرسة أو جامعة أو كلية). وأربعة طلاب (٩ بالمئة) جميعهم من الذكور بينوا بأن إرشادهم حصل في الكلية/الجامعة في المملكة المتحدة. وثمانية طلاب (١٥ بالمئة)، ٧ ذكور وأنثى واحدة حددوا المستشفى في المملكة العربية السعودية. وستة طلاب (١١ بالمئة) كلهم من الذكور حددوا العيادة الخاصة في المملكة العربية السعودية. طالب واحد حدد العيادة الطبية في المملكة المتحدة. وهنالك ١٢ طالباً (٢٣ بالمئة) قد حددوا إجابتهم في «الأخرى» كفتة مثل عيادة خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية أو كندا، والبعض حدد بيته الخاص أو المسجد أو الاثنين معاً.

الجدول رقم (٥ - ١١)
فهم الإرشاد منذ قدوم المستجوبين إلى المملكة المتحدة
على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس)

المجموع الكلي		الجنس				العمر				فهم الإرشاد
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
		العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	
٦٧	٢٠٧	٦٤	١٦	٦٨	١٩١	٧١	١١٩	٦٣	٨٨	غير متغير
٢٩	٩٠	٣٢	٨	٢٩	٨٢	٢٦	٤٣	٣٤	٤٧	أوضح
٣	١٠	٤	١	٣	٩	٣	٦	٤	٤	أكثر غموضاً
١٠٠	٣٠٧	١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٨٢	١٠٠	١٦٨	١٠٠	١٣٩	المجموع

الجدول رقم (٥ - ١١) وزع المستجوبين بترتيب وفقاً لفهمهم للإرشاد النفسي منذ قدومهم إلى المملكة المتحدة. وكما يلاحظ من الجدول بأن أكثر من ثلثي العينة ككل (٦٧ بالمئة) اعتبروا مستوى فهمهم بقي على وضعه ولم يتغير. كانت النسبة تقريباً أعلى بحوالى ٧ لكل عشرة طلاب في فئة مجموعة الأعمار الأكثر من ٣٠ عاماً (٧١ بالمئة) مقارنة بستة ونصف لكل عشرة في مجموع الأعمار الأقل من ٣٠ عاماً (٦٣ بالمئة). وبين الطلاب الذكور كانت النسبة أكثر من الثلثين مقارنة بأقل من ذلك بين الطالبات (٦٤ بالمئة). وحوالى ثلاثة لكل ١٠ طلاب للعينة ككل (٢٩ بالمئة) بينوا بأن لديهم فهماً واضحاً، وأن نسبة الطالبات كانت تقريباً أعلى (٣٢ بالمئة) من الذكور (٢٩ بالمئة). فقط ٣ بالمئة من مجموع الطلاب (٣٠٧/١٠)، ٩ ذكور وأنثى واحدة بينوا أن فهمهم غامض ومثير للإرشاد النفسي.

الجدول رقم (٥ - ١٢)
نصائح للأقارب والأصدقاء لطلب الإرشاد
على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس) للمستجوبين

المجموع الكلي		الجنس				العمر				النصح
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
		العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	
٦٦	٢٠٦	٥٤	١٤	٦٧	١٩٢	٧٠	١٢١	٦١	٨٥	نعم
١٠	٣١	٤	١	١١	٣٠	٨	١٣	١٣	١٨	لا
٢٤	٧٤	٤٢	١١	٢٢	٦٣	٢٢	٣٧	٢٦	٣٧	لا أعرف
١٠٠	٣١١	١٠٠	٢٦	١٠٠	٢٨٥	١٠٠	١٧١	١٠٠	١٤٠	المجموع

وقد تم سؤال المستجوبين في ما إذا كانوا يرغبون بتقديم النصح إلى أقاربهم أو أصدقائهم الذين من المحتمل أن ينتفعوا بطلب مساعدة الإرشاد وكانت النتائج بأن ثلثي المستجوبين بينوا بأن لديهم رغبة بنصح وإرشاد أقاربهم وأصدقائهم (٦٦ بالمئة) (انظر الجدول رقم (٥ - ١٢)). وتقريباً ربع المستجوبين كانوا غير متأكدين (٢٤ بالمئة)، وأن واحداً من كل عشرة بينوا بأنهم لا يرشدون أصدقاءهم وأقاربهم الذين يطلبون الإرشاد.

وعندما ينظر إلى الإجابات على أساس العمر، فإن سبعة من كل عشرة طلاب في مجموعة أكثر من ٣٠ عاماً بينوا بأنهم يقدمون مثل هذا الإرشاد (٧٠ بالمئة) مقارنة ذلك بأكثر من ستة من كل عشرة طلاب في مجموعة أقل من ٣٠ عاماً (٦١ بالمئة). وتقريباً بين مثلاً عدد الطلاب في مجموعة أقل من ٣٠ عاماً (١٤ بالمئة) بأنهم لا يقدمون نصائح أو إرشاداً كما الذين في المجموعة الأكثر من ٣٠ عاماً (٨ بالمئة). وبالنسبة إلى الجنس فإن أكثر من ثلثي عينة الذكور بينوا بأن لديهم رغبة في تقديم الإرشاد (٦٧ بالمئة) وبمقارنتها مع أقل من خمسة ونصف في كل عشرة طلاب (٥٤ بالمئة). وبالنسبة إلى الطالبات كذلك أظهرت أجوبتهن أنهن غير متأكدات (٤٢ بالمئة) مقابل (٢٢ بالمئة) من الطلاب الذكور الذين كانت إجاباتهم كذلك.

الجدول رقم (٥ - ١٣)

الاستعداد لرؤية المرشد للطلبة على أساس العمر والجنس

المجموع الكلي		الجنس				العمر				الاستعداد
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
		العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	
٨٤	٢٦٠	٩٦	٢٥	٨٢	٢٣٥	٨١	١٣٩	٨٦	١٢١	نعم
٨	٢٤	٤	١	٨	٢٣	٨	١٣	٨	١١	لا
٩	٢٧	-	-	٩	٢٧	١١	١٩	٦	٨	لا أعرف
١٠٠	٣١١	١٠٠	٢٦	١٠٠	٢٨٥	١٠٠	١٧١	١٠٠	١٤٠	المجموع

ويبين الجدول رقم (٥ - ١٣) استعداد المستجوبين لعمل مواعيد مع مرشدي الطلبة إذا كان لديهم طلبة عندهم مشاكل في المدرسة. وتقريباً ثمانية طلاب ونصف في كل عشرة من المجموع العام بينوا بأن لهم رغبة في الإعداد لاستشارة المرشد المدرسي (٨٤ بالمئة)، وحوالي واحد في كل تسعة ليس لديهم ذلك (١١ بالمئة).

وعندما ينظر إلى الاستجابات على أساس العمر فإن نسب هؤلاء الذين بينوا بأن لديهم رغبة كانت أعلى عند مجموعة الأعمار دون ٣٠ عاماً (٨٦ بالمئة) مقارنة هؤلاء الذين تزيد أعمارهم عن ٣٠ عاماً (٨١ بالمئة). وكذلك أظهرت مجموعة الأعمار العالية باحتمالية عالية غير متأكدين (١١ بالمئة) مقارنة بالأعمار الأقل (٦ بالمئة). وفي الأغلب أشارت جميع الطالبات (٩٦ بالمئة) إلى استعدادهن لطلب مساعدة المرشد الطلابي كمقارنة لأكثر من ثمانٍ في كل عشر من الطالبات المستجوبات (٨٢ بالمئة). ولم تظهر أي من الإناث عدم تأكدها مقارنة بحوالى واحد في كل عشرة طلبة ذكور (٩ بالمئة).

استهدفت عبارتان رد فعل المستجوبين على فكرة أن بعض حالات المرضى النفسيين قد تكون ناتجة عن مس روحاني أو شيطاني، وعلى العلاج الأفضل لمثل هذه الحالات. وكما يبينه الجدول رقم (٥ - ١٤) فإن حوالى أربعة طلاب ونصف في كل عشرة لعموم المجتمع بينوا بأنهم يعتقدون بأن الجانب الروحاني ووجود الجن يسببان بعض الأمراض النفسية (٤٣ بالمئة)، وأن الثلث بينوا بأنهم غير متأكدين (٣٣ بالمئة) و فقط أقل من الربع رفضوا ذلك الاعتقاد. وهناك اختلافات طفيفة في النسب عندما ينظر إلى الإجابات على أساس العمر. وعندما ينظر من زاوية الجنس، فيظهر بأن أربعة طلاب ونصفاً من كل عشرة بينوا بأنهم يتمسكون بهذا الاعتقاد (٤٤ بالمئة) وذلك بالمقارنة مع ثلاث فقط من كل (١٠) للطالبات (٣٠ بالمئة). وثلاث الطالبات يرفضن هذا الاعتقاد (٣٣ بالمئة) مقارنة بأقل من الربع للطالبة الذكور (٢٣ بالمئة).

الجدول رقم (٥ - ١٤)

الاعتقاد بأن بعض حالات الأمراض النفسية بسبب مس روحاني (شيطاني) على أساس العمر والنوع الاجتماعي (الجنس)

المجموع الكلي		الجنس				العمر				المس الروحاني
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٤٣	١٣٣	٣٠	٨	٤٤	١٢٥	٤١	٧٠	٤٥	٦٣	نعم
٢٤	٧٥	٣٣	٩	٢٣	٦٦	٢٥	٤٢	٢٣	٣٣	لا
٣٣	١٠٣	٣٧	١٠	٣٣	٩٣	٣٤	٥٨	٣٢	٤٥	لا أعرف
١٠٠	٣١١	١٠٠	٢٧	١٠٠	٢٨٤	١٠٠	١٧٠	١٠٠	١٤١	المجموع

الجدول رقم (٥ - ١٥)
أفضل طريقة لمعالجة حالات المس الروحاني (الشيطناني)
على أساس العمر والجنس

المجموع الكلي		الجنس				العمر				أفضل طريقة للمعالجة
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٧	٩	-	-	٧	٩	٧	٥	٦	٤	طلب مساعدة الطبيب النفسي أو المعالج النفسي
٧٧	١٠١	١٠٠	٨	٧٥	٩٣	٧٤	٥٢	٧٩	٤٩	استخدام أساليب دينية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	العقوبة البدنية من قبل المعالجين التقليديين
١٧	٢٢	-	-	١٨	٢٢	١٩	١٣	١٥	٩	أخرى
١٠٠	١٣٢	١٠٠	٨	١٠٠	١٢٤	١٠٠	٧٠	١٠٠	٦٢	المجموع

لقد سئل هؤلاء الذين يعتقدون بأن بعض حالات الأمراض النفسية تسبب كنتيجة للمس الروحاني (الجني) عن أفضل طريقة لمعالجة مثل هذه الحالات. وكما يظهر الجدول رقم (٥ - ١٥) فإن أكثر من ثلاثة أرباعهم (٧٥ بالمئة) يعتبرون مثل هذه الحالات قد تمت معالجتها بواسطة طرق وأساليب دينية (٧٧ بالمئة: ١٣٢/١٠١) و فقط سبعة من كل مائة طالب مستجوب يعتبرون أفضل طريقة للمعالجة من خلال الطبيب النفسي أو العلاج النفسي، وحوالي واحد من كل ستة مستجوبين يعتبرون استخدام طرق أخرى في المعالجة أفضل (١٧ بالمئة).

وهؤلاء الذين يفضلون مثل هذه الطرق يرون الحاجة إلى تداخل الطبيب النفسي والمعالج النفسي والطرق الدينية كجموعة للمعالجة. لم يبد أي طالب مستجوب موافقته على استخدام العقوبة الجسدية من قبل المعالجين التقليديين كأسلوب للمعالجة. وعندما ينظر للإجابات على أساس العمر فقط تظهر بعض الاختلافات الطفيفة. وعندما ينظر للإجابات على أساس الجنس فإن كل ثماني طالبات يتمسكن بمعتقد المس الروحاني والجني وبالتالي يتطلب استخدام طرق دينية. وكذلك يوجد طلاب ذكور يحملون الاعتقاد نفسه وأن النسبة كانت ثلاثة أرباعهم (٧٥ بالمئة: ١٣٢/٩٣) مقارنة بنسب قليلة منهم يطلبون استخدام مساعدة الطبيب النفسي والمعالج النفسي أو استخدام الطرق المماثلة لتلك التي عبرت عنها وجهات نظر الجميع.

وسئل المستجوبون في ما إذا كانوا يعتقدون بضرورة زيادة أعداد أنواع المؤسسات العامة والخاصة لتقديم الخدمات الإرشادية أو تقليصها، أو إلغاؤها أو أن تترك كما هي. وفق الأنواع الستة من هذه المؤسسات ككل، (٧٥ بالمئة) من المستجوبين يعتبرون أنه يجب زيادة الخدمات الإرشادية (١٣٧٥/ ١٨٣٤ إجابة). وكانت أعلى النسب الكلية في الأنواع الفردية في المدارس الثانوية (٨٦ بالمئة)، والمدارس المتوسطة (٨٣ بالمئة) والمستشفيات (٨٢ بالمئة)، (انظر الجدول رقم (٥ - ١٦)) وأقل النسب الكلية ظهرت في الكليات والجامعات (٦٢ بالمئة)، والعيادات الخاصة حوالي (٦٧ بالمئة) والمدارس الابتدائية (٧٠ بالمئة). وأنه من غير الممكن الحكم على أساس بيانات الاستبيان في ما إذا اعتبرت هذه الأنواع الثلاثة أقل أهمية بالنسبة إلى ما يقدم حالياً أو بالنسبة إلى أفكار المستجوبين للحاجة لها.

الجدول رقم (٥ - ١٦)
أفضليات زيادة تقديم الخدمة الإرشادية
في المملكة العربية السعودية على أساس العمر والجنس

المجموع الكلي		بأفضلية زيادة تقديم الخدمات الإرشادية								نوع المؤسسة
		الجنس				العمر				
		أنثى		ذكر		فوق ٣٠		تحت ٣٠		
		العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	
٧٠	٢١٤	٧٠	١٦	٧٠	١٩٨	٧٠	١١٩	٦٩	٩٥	المدارس الابتدائية
٨٣	٢٥٤	٨٢	١٨	٨٣	٢٣٦	٨٢	١٣٩	٨٤	١١٥	المدارس المتوسطة
٨٦	٢٦٥	٧٨	١٨	٨٧	٢٤٧	٨٨	١٤٩	٨٥	١١٦	المدارس الثانوية
٦٢	١٩٠	٤٨	١١	٦٣	١٧٩	٦٣	١٠٧	٦١	٨٣	الكليات/الجامعات
٨٢	٢٥٠	٦٤	١٤	٨٣	٢٣٦	٨٥	١٤٢	٧٩	١٠٨	المستشفيات
٦٦	٢٠٢	٥٧	١٢	٦٧	١٩٠	٦٩	١١٦	٦٣	٨٦	العيادة الخاصة
٧٥	١٣٧٥	٦٦	٨٩	٧٦	١٢٨٦	٧٦	٧٧٢	٧٣	٦٠٣	عبر كل ما تقدم

وعرضت العبارة الأخيرة في الجزء (ب) في الاستبيان أمام المستجوبين قائمة تتضمن ١٦ حالة وصف للناس الذين من الممكن أن يطلبوا المساعدة الإرشادية، وقد طلب منهم اختيار ست حالات يعتقدون بأنها تشكّل الحاجة الأكبر، وأن يضعوا الاختيارات بشكل مرتب.

وتعرض الجداول أرقام (٥ - ١٧ (أ)) و(٥ - ١٧ (ب)) و(٥ - ١٧ (ج)) نتائج ذلك. فإن ١٦ من المواصفات للأشخاص قد اختيرت بنسبة ٥ بالمئة أو أقل من كل المستجوبين. ولاختياراتهم من الحالات الست: الأمن (٣ بالمئة)، والناصح والمتمكن وكلاهما (٤ بالمئة) والشجاع (٥ بالمئة) (انظر إلى الجدول رقم (٥ - ١٧ (أ))). وفي الجانب الآخر، وصفان للأشخاص الذين هم مشوشون عاطفياً (٨١ بالمئة)، ومن عائلة متردية الوضع الاقتصادي (٧٩ بالمئة) قد اختيرت كست حالات من قبل أكثر من أربع أخماس مجموع المستجوبين (انظر الجدول رقم (٥ - ١٧ (أ)).

الجدول رقم (٥ - ١٧ (أ))
أنواع الناس الذين يعتبرون أقل حاجة للإرشاد(*)

المجموع	بالمئة	العدد	الوصف (وصف الشخص)	تسلسل الترتيب
٣١٢	٩٧	٣٠٣	آمن	١
٣١٢	٩٧	٣٠١	ناصح	٢
٣١٢	٩٧	٣٠١	متمكن (قادر)	٣
٣١٢	٩٥	٣٩٦	شجاع	٤
٣١٢	٩١	٢٨٤	جميل	٥
٣١٢	٨٤	٢٦٣	قادر أن يعبر عن ذاته	٦
٣١٢	٦٧	٢١٠	فقير جداً (المحتاج)	٧
٣١٢	٥٩	١٨٣	أناس عاديون يحتاجون إلى مساعدة لفترة قصيرة	٨
٣١٢	٥٧	١٧٩	المسكون بمس من الجنون	٩
٣١٢	٥٢	١٦٣	نقص في فهم التعليم الاسلامي	١٠
٣١٢	٥٠	١٥٦	مدلل	١١
٣١٢	٤٨	١٥٠	غير ناصح	١٢
٣١٢	٣٨	١١٧	غير آمن	١٣
٣١٢	٣٦	١١٣	لديه إعاقة جسدية	١٤
٣١٢	٢٢	٦٧	من عائلة تعاني وضعاً اقتصادياً صعباً	١٥
٣١٢	١٩	٥٨	مشوش عاطفياً	١٦

(*) اعتماداً على عدد المستجوبين الذين لم يضعوا ذلك النوع في اختياراتهم الستة.

ويبين الجدول رقم (٥ - ١٧ ب)) المواصفات الست التي حققت أعلى تكرار في ترتيب أولى الخيارات. وأنه يبين بأن أكثر من نصف المستجوبين (٥١ بالمئة) اختاروا التشويش أو التشتت العاطفي كالمجموعة الأكثر حاجة للإرشاد بحسب آراء المستجوبين. وكذلك لوحظ أيضاً أن الإثنان التاليين اللذين حققا أعلى تكرار في الاختيارات الأولى كانا: الذي مسه الجن ومن كان لديه نقص في فهم التعليم الإسلامي. أما الثلاثة اللاحقة الأكثر تكراراً فقد شملت الأشخاص ممن هم من عائلة في وضع اقتصادي متدهور أو لديهم إعاقة بدنية أو غير آمنين. وكان كل خيار أول يمثل (٦ بالمئة) أو أقل من مجموع المستجوبين.

الجدول رقم (٥ - ١٧ ب)) أنواع الناس الذين يعتبرون ذوي حاجة أكبر للإرشاد^(*)

المجموع	بالمئة	العدد	الوصف (وصف الشخص)	تسلسل الترتيب
٣١٢	٥١	١٥٨	مشوش عاطفياً	١
٣١٢	١٢	٣٧	يمتلك مساً من الجنون	٢
٣١٢	١١	٣٥	نقص في فهم التعليم الاسلامي	٣
٣١٢	٦	١٨	من عائلة في وضع اقتصادي صعب	٤
٣١٢	٤	١٤	لديه إعاقة بدنية	٥
٣١٢	٣	١٠	غير آمن	٦

(*) اعتماداً على أعداد الذين اختاروا ذلك النوع في المقام الأول في قائمة الاختيار.

ولكي نحصل على صورة أوضح لآراء وأفكار المستجوبين حول الحاجة للإرشاد، فإن البيانات نفسها قد تم التوصل إليها من زاوية تختلف تقريباً. الترتيب المتسلسل قد ظهر في الجدول رقم (٥ - ١٧ ب)) وقد تم عرض البيانات على أساس تراكمي للخيارات. الأول والثاني والثالث للمستجوبين (وصف سابع أضيف إلى القائمة لأن نسبة دعمه كانت مماثلة للوصف السادس الموجود في القائمة).

وعند التحليل كان في المقام الأول المشوش عاطفياً الأكثر تكراراً بالنسبة إلى الاختيارات الأولى والثاني والثالث، وقد جذبت هذه الصفة اهتمام أغلب المستجوبين وبحدود سبعة من كل عشرة.

وفي صفة العائلة التي تعاني وضعاً اقتصادياً صعباً فإن أربعة فقط حددوها في أول ترتيب (انظر الجدول رقم (٥ - ١٧ ب))، وفي المكان

الثاني فقد اختاروا بأغلبية أربعة من كل عشرة مستجوبين (٣٩ بالمئة). أما مجموعة صفة «غير آمن» وهي السادسة أساساً فهي في المكان الثالث فقد تم اختيارها من قبل ثلث المستجوبين. وصفة امتلاك الإعاقة البدنية (أساساً الخامسة) والمصابين بمس من الجن (أساساً الثانية) فقد جاءت الرابعة والخامسة على التوالي في الاختيار الأول والثاني والثالث لحوالي ثلاثة من كل عشرة مستجوبين. وأما صفة النقص في فهم التعليم الإسلامي (أساساً الثالثة) فجاءت السادسة، وصفة عدم النضج السابعة، وكلاهما كان اختياراً لأكثر من ربع المستجوبين.

الجدول رقم (٥ - ١٧ ج)) أناس بحاجة قوية جداً إلى الإرشاد(*)

تسلسل الترتيب	الوصف (وصف الشخص)	العدد	بالمئة	المجموع
٥	مصاب بمس من الجن	٩٢	٢٩	٣١٢
٦	نقص في مفهوم التعليم الإسلامي	٨١	٢٦	٣١٢
٧	غير ناضج	٨٠	٢٦	٣١٢

(*) اعتماداً على عدد المستجوبين الذين رتبوا ذلك النوع أولاً وثانياً وثالثاً.

إن كلاً من السبعة التي أدرجت كأقل مواصفات اختيرت بعدد لا يزيد عن ستة من كل مئة مستجوب. ومن غير المفاجيء أن الأمن، والمقتدر والناضج وكلاً من هذه الصفات لم يجلب اهتمام أكثر من واحد أو اثنين بالمئة من مجموع المستجوبين.

٣ - نتائج الجزء (ج)

تضمن الجزء (ج) من الاستبيان المقدم للمستجوبين سلسلة من العبارات ذات علاقة بالإرشاد في المملكة العربية السعودية. فقد سئل المستجوبون أن يحددوا أو يؤشروا على مقياس متدرج خماسي مدى الموافقة أو عدم الموافقة على مضمون كل عبارة. وأن الـ (٢٤) عبارة قد غطت الموضوعات المختلفة وكما يمكن مشاهدته في الملحق (أ). للأغراض الحالية، لم تأخذ العبارات في التتابع نفسه الذي وضع في الاستبيان نفسه، ولكن جمعت بطريقة موضوعات تقع فيها العبارات، وهذه تشمل التالي:

- المفاهيم العامة للإرشاد (ست عبارات: ٢٨، ٢٩، ٥٠، ٤٢، ٥٠، ٤٦).

- مجالات ملائمة للإرشاد (ست عبارات: ٣٠، ٣١، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٧).

- الصورة المثالية للمرشد (ثمانى عبارات: ٣٨، ٣٩، ٣٦، ٤١، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥١).

- أنواع الناس الذين هم بحاجة للإرشاد (أربع عبارات: ٣٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥).

أ - مفاهيم عامة للإرشاد

يبين الجدول رقم (٥ - ١٨ (أ)) أن أقل من ربع المشاركين (٢٢ بالمئة) يوافقون أو يوافقون بشدة على العبارة التي تنص على أن الإرشاد النفسى هو اختراع غربى. وأكثر من الثلث (٤٢ بالمئة) لم يوافقوا أو لم يوافقوا بشدة على ذلك. وحوالى واحد من كل (٦) مستجوبين (١٦ بالمئة) يوافقون أو يوافقون بشدة على العبارة ذلك أن المجتمع الإسلامى لا يحتاج إلى مؤسسات للصحة النفسى والعقلية، بينما (٧٥ بالمئة) لا يوافقون، ولا يوافقون بشدة، و(٨ بالمئة) غير متأكدين.

وذكرت نسبة ثمانية طلاب ونصف من كل عشرة للمجموع بأنهم موافقون أو موافقون بشدة على مضمون العبارة بأن هنالك حاجة ماسة للمرشدين السعوديين فى المملكة (٨٤ بالمئة)، وأن (٤ بالمئة) فقط لا يوافقون و(١٢ بالمئة) لا يدرون أو غير متأكدين. ونصف العينة موافقون أو موافقون بشدة على عبارة الجيل القديم من السعوديين يفهم العلاج النفسى أقل من الجيل الجديد (٥٠ بالمئة)، وحوالى الربع (٢٤ بالمئة) لا يوافقون أو يوافقون بشدة، والنسبة نفسها (٢٦ بالمئة) هم غير متأكدين.

وبين ثمانية وتسعة من كل عشرة طلاب (٨٥ بالمئة) يوافقون أو يوافقون بشدة بأن على الإعلام أن ينشر الوعى بين العامة بالعلاج النفسى، وأن (٦ بالمئة) لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة و(٩ بالمئة) غير متأكدين.

إن هنالك ثلاثة من كل عشرة مستجوبين (٣٠ بالمئة) يوافقون أو يوافقون بشدة على العبارة التي تنص على أن المرشدين والمعالجين النفسيين أقل استقراراً نفسياً من غيرهم من المهنيين فى الخدمات الصحية والتعليمية. وأقل من الخمس لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة (١٧ بالمئة). وتجدر الملاحظة بأن أكثر من نصف العينة (٥٣ بالمئة) كانوا غير متأكدين، وأنها أعلى نسبة من أى عبارة فى هذا الجزء.

الجدول رقم (٥ - ١٨ أ)
مفاهيم عامة في الإرشاد

المجموع	غير موافق بشدة		غير موافق		لا أدري (غير متأكد)		موافق		موافق بشدة		المباراة
	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	
٣١١	١٩	٦٠	٢٣	٧١	٣٦	١١١	١٤	٤٣	٨	٢٦	الإرشاد النفسي اختراع غربي
٣١٠	٣٢	١٠٠	٤٣	١٣٢	٨	٢٦	٩	٢٩	٧	٢٣	المجتمع الإسلامي لا يحتاج إلى مؤسسات صحية نفسية
٢٩٢	٢	٦	٢	٥	١٢	٣٨	٣٥	١٠٨	٤٩	١٣٥	هناك حاجة ماسة للمرضى النفسيين
٣١٠	٨	٢٥	١٦	٤٩	٢٦	٨٢	٣٣	١٠١	١٧	٥٣	السعوديون في المملكة الجبل القديم من السعوديين يفهم العلاج النفسي أقل من الجيل الجديد
٣١١	١	٤	٥	١٤	٩	٢٨	٤٤	١٣٦	٤١	١٢٩	يفترض بالإعلام أن يوحي العامة بالعلاج النفسي
٣١١	٤	١٣	١٣	٣٩	٥٣	١٦٦	٢٣	٧١	٧	٢٢	المرشدون والمعالجون النفسيون أقل استقراراً من غيرهم من المهنيين في الخدمات الصحية والتعليمية

وخلصه لما تقدم يمكن القول بأن المستجوبين كانوا غير مقتنعين بأن الإرشاد النفسي كان اختراعاً غربياً، وأكثر من ثلاثة أرباعهم لا يوافقون على هذه النظرة، مع نسب الرفض أقل أو أكثر وزعت بالتساوي مع الرفض الكلي. فمنهم من اختار لا أوافق أو لا أوافق بشدة وآخرون اختاروا لا ندري أو غير متأكدين.

ونسبة ثمانية ونصف تقريباً من عشرة طلاب يدعمون العبارات بأن هنالك حاجة ماسة إلى السعوديين في المملكة، وهنالك حاجة إلى الإعلام لتوعية العامة (السعوديين) بالعلاج النفسي. وأن ثلاثة أرباع المستجوبين رفضوا فكرة عدم الحاجة إلى المؤسسات الصحية النفسية في المجتمع الإسلامي.

إن الفكرة قد توزعت على الاعتقاد بأن فهم العلاج النفسي كان أقل بين الجيل القديم مقارنة بجيل الشباب. أما العبارة حول أي المستجوبين يبدو أقل تأكيداً، فكان المستقر عقلياً للمرشدين والمعالجين النفسيين. وأكثر من نصف العينة اختاروا لا أدري، وأي منهم ليس لديه تصور أكيد. على الأغلب مرتين أو أكثر يدعمون التصور حول رفض هؤلاء الناس الذين هم أقل استقراراً من هؤلاء المتخصصين والمتعلمين.

ب - مجالات ملائمة للإرشاد

يظهر في الجدول رقم (٥ - ١٨ ب) أن ثلثي العينة تقريباً يوافقون أو يوافقون بشدة على عبارة أن المشاكل العاطفية يمكن معالجتها بواسطة الإرشاد الذي يقدمه المرشد النفسي والتربوي (٦٧ بالمئة)، و فقط (٨ بالمئة) لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة، و(٢٥ بالمئة) لا يدرون (غير متأكدين).

الجدول رقم (٥ - ١٨ - ب))
مجالات الحاجة الملزمة للإرشاد

المجموع	غير موافق بشدة		غير موافق		غير متأكد (غير متأكد)		لا أدري		موافق		موافق بشدة		موافقة العدد	العبارة
	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد	بالآلة	العدد		
٣١١	٢	٥	٦	٢٠	٥٥	٧٧	٥٢	١٦٣	١٥	٤٦	٤٦	المشاكل العاطفية يمكن معالجتها بواسطة المرشد		
٣١٠	٣	٩	٧	٢٢	١٥	٤٦	٤٦	١٤٤	٢٩	٨٩	٨٩	يفترض بالطلاب ذوي المشاكل الأكاديمية طلب المساعدة من خدمات الطلاب الإرشادية		
٣١١	٦	١٩	١١	٣٤	٢٣	٧١	٣٦	١١١	٢٤	٧٦	٧٦	يفترض بمشاكل الكحول وأمانه أن تحل بواسطة العلاج النفسي		
٣١١	٥	١٤	١١	٣٤	٢١	٦٥	٣٧	١١٤	٢٧	٨٤	٨٤	يفترض بمشاكل ادمان المخدرات أن تحل بواسطة العلاج النفسي		
٣١١	٢	٧	٩	٢٩	٢٥	٧٨	٤١	١٢٧	٢٣	٧٠	٧٠	هناك حاجة للإرشاد الزواجي بالسعودية		
٢١١	١	٢	٣	٩	١٤	٤٣	٤٨	١٤٧	٣٥	١٠٨	١٠٨	هناك حاجة للتوجيه المهني بالعربية السعودية		

ويوافق ثلاثة أرباع المستجوبين أو يوافقون بشدة على عبارة يفترض بالطلاب ذوي المشاكل الأكاديمية طلب المساعدة من خدمات الطلاب الإرشادية (٧٥ بالمئة)، وأن ١٠ بالمئة لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة و١٥ بالمئة لا يدرون (غير متأكدين). وستة من عشرة مستجوبين عموماً يوافقون أو يوافقون بشدة على عبارة يفترض بمشاكل الكحول وإدمانه أن تحل بواسطة الإرشاد النفسي (٦٠ بالمئة)، و١٧ بالمئة لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة و٢٣ بالمئة لا يدرون (غير متأكدين). وأقل من نسبة ستة ونصف من كل عشرة طلاب موافقون أو موافقون بشدة على عبارة يفترض بمشاكل ادمان المخدرات أن تحل بواسطة الإرشاد النفسي (٦٤ بالمئة). وأن ١٦ بالمئة لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة، و١١ بالمئة لا يدرون (غير متأكدين). وأقل من نسبة ستة ونصف من كل عشرة طلاب يوافقون ويوافقون بشدة بأن هنالك حاجة للإرشاد الزواجي بالسعودية (٦٤ بالمئة). وأكثر من واحد فقط من كل ٩ مستجوبين لا يوافقون أو لا يوافقون كلياً (١١ بالمئة)، وربعهم لا يدرون (غير متأكدين).

وقد تم التوصل إلى أن نسبة ثمانية ونصف من كل عشرة طلاب ككل يوافقون ويوافقون جداً على عبارة هنالك حاجة للتوجيه المهني بالمملكة العربية السعودية (٨٣ بالمئة)، و فقط ٤ بالمئة لا يوافقون، أو لا يوافقون بشدة، و١٤ بالمئة لا يدرون (غير متأكدين).

باختصار، يمكن القول بأن ستة مجالات للإرشاد قد دعمت من قبل غالبية العينة. وتجدر الملاحظة بشكل خاص إلى أن اثنين من المجالات قد عززا بثلاثة أرباع المستجوبين على الأقل: معالجة المشاكل الأكاديمية (٧٥ بالمئة) والتوجيه المهني (٨٣ بالمئة).

ج - شكل المرشد المثالي

العبارات الخاصة بشكل المرشد المثالي تم تجزئتها إلى جزأين، كما يلاحظ في الجدول رقم (٥ - ١٨ (ج)). الجزء الأول (عبارات ١ - ٤) تبين الصفات المثالية للمرشدين والمعالجين النفسيين في المملكة العربية السعودية. والجزء الثاني (العبارات ٥ - ٨) توضح معايير التدريب المثالية لهؤلاء الذين يدرسون ليصبحوا مرشدين.

الجدول رقم (٥ - ١٨ ج)
شكل المرشد المثالي

المجموع	غير موافق بشدة		غير موافق		لا أدري (غير متأكد)		موافق		موافق بشدة		العبارة
	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٣١٠	٣	٩	١١	٣٥	١٠	٣٢	٣٧	١١٤	٣٨	١٢٠	يفترض بالمرشدين والمعالجين الذين يعملون بالعربية السعودية أن يكونوا عرباً
٣١١	١	٤	٥	١٤	٥	١٥	٢٢	٦٩	٦٧	٢٠٩	يفترض بالمرشدين والمعالجين النفسيين الذين يعملون بالعربية السعودية أن يكونوا مسلمين
٣١١	٣	١٠	٤	١١	٧	٢٢	٣٣	١٠٤	٥٣	١٦٤	يفترض أن يقدم الإرشاد للنساء السعوديات اللاتي هن بحاجة إلى الإرشاد النفسي عن طريق مرشدات
٣١١	١	٣	١	٤	٥	١٦	٣١	٩٦	٦٢	١٩٢	يفترض بالمرشدين الحصول على تدريب خاص في الإرشاد النفسي
٣١٠	٨	٢٤	١٨	٥٥	٢٤	٧٤	٣٧	١١٤	١٤	٤٣	الذهاب إلى المرشد النفسي لطلب المساعدة كاستشارة مرشد ديني
٣١٠	٧	٢٢	٣٠	٩٤	٢٨	٨٨	١٩	٥٩	١٥	٤٧	يفترض في هؤلاء الذين يتخصصون في الإرشاد أن يتفادوا دراساتهم في بلد إسلامي
٣١٠	٢	٧	٤	١٣	١٢	٣٨	٣١	٩٦	٥٠	١٥٦	ضرورة وضع المناهج الدراسية للإرشاد النفسي بالملكية وفقاً للتعاليم الإسلامية

إن الإجابات عن عبارات الشكل المثالي أظهرت بشكل قاطع بأن الغالبية العظمى تدعم العبارات بأنه يفترض بالمرشدين والمعالجين النفسانيين الذين يعملون بالمملكة العربية السعودية أن يكونوا عرباً سعوديين (٧٥ بالمئة) ومسلمين (٨٩ بالمئة)، وأن النساء السعوديات اللاتي هن بحاجة إلى الإرشاد النفسي يفترضن أن يقدم لهن الإرشاد عن طريق المرشدات (٨٥ بالمئة). العبارات الثلاث أظهرت أن عدداً غير قليل من المستجوبين لا يدرون في خياراتهم أي فقط ١٠ بالمئة. والشخصية المسلمة للمرشد هي الحاصلة على الدعم الأكبر، وأكثر من ثلثي المستجوبين اختاروا موافقين. أما عن الحاجة إلى مرشدات إناث للنساء فقد وافقوا بشدة، وذلك بأكثر من نصف المستجوبين، والفكرة بصدد متطلبات السعوديين على الرغم من أنها جذبت اهتمام ٧٥ بالمئة لمستوى الموافقة فإنها كانت أكثر أو أقل موزعة على الموافقة والموافقة بشدة.

إن فكرة الوصول إلى المرشد النفسي لطلب المساعدة كاستشارة مرشد ديني كانت أقل تأكيداً في أهميتها لدى المستجوبين. وحوالي نصفهم دعم الفكرة بينما كان الباقيون موزعين بالتساوي أو أقل/أكثر بين عدم الموافقة ولا أدري.

أما العبارات الأربع الأخرى في هذا التصنيف فقد تعاملت مع المعايير المثالية لتدريب المرشدين أو اختيار الطلاب للتدريب الإرشادي. أكثر من تسعة من كل عشرة في العينة يوافقون أو يوافقون بشدة على العبارة التي تنص بأن المرشدين يجب أن يكون لهم تدريب خاص في الإرشاد النفسي (٩٣ بالمئة). وأكثر من تسعة من كل عشرة طلاب عموماً يوافقون أو يوافقون بشدة على عبارة وضع المناهج في الإرشاد النفسي بالمملكة العربية السعودية أن تكون وفقاً للتعليم الإسلامي (٨١ بالمئة). وأكثر من ثلث العينة يوافقون أو يوافقون بشدة على العبارة التي تنص على أن الطلاب الذين يتخصصون في الإرشاد عليهم أن ينفذوا دراساتهم في بلد إسلامي (٣٤ بالمئة) وأكثر من هذه النسبة لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة (٣٧ بالمئة) وأن (٢٨ بالمئة) لا يدرون. وأكثر من نصف العينة يوافقون أو يوافقون بشدة على عبارة الذهاب إلى المرشد لطلب المساعدة كاستشارة المرشد الديني (٥١ بالمئة). وأكثر من الربع (٢٦ بالمئة) لا يوافقون أو لا يوافقون بشدة، و٢٤ بالمئة لا يدرون.

د - أنواع الناس الذين هم بحاجة للإرشاد

العبارات الأربع في هذه الفئة وجهت لاختبار مدى ما يوجد في عقول

المستجوبين عن أنواع الناس الذين هم بحاجة للعلاج النفسي أكثر من الآخرين. ويفحص الجدول رقم (٥ - ١٨ (د)) نلاحظ أن العبارات تناولت الجنس والعمر والصحة والتعليم.

لقد أظهرت الإجابات استجابة مختلفة، إذ أن حوالي أربعة من كل عشرة مستجوبين اختاروا لا يدرون كخيار لثلاث عبارات (نساء - رجال، غني - فقير، متعلم - أمي) بمقارنتها مع حوالي أربعة من خمسة للعبارات الرابعة (الجيل الأحدث - الأقدم). والتوصل إلى سبعة من كل عشرة مستجوبين يمكن أن يدفع باتجاه قبول الفكرة بأن الجيل الأحدث كان أكثر حاجة للعلاج النفسي من الجيل القديم، وأقل من واحد من كل عشرة كانوا غير موافقين.

الجدول رقم (٥ - ١٨ - د)
أنواع الناس الذين هم بحاجة إلى الإرشاد

المجموع	غير موافق بشدة		غير موافق		لا أدري (غير متأكد)		موافق		موافق بشدة		العبرة
	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	بالمئة	العدد	
٣١١	٧	٢١	١٨	٥٦	٤٤	١٣٦	١٨	٥٦	١٤	٤٢	في المملكة العربية السعودية النساء يحتاجن إلى الإرشاد النفسي أكثر من الرجال
٣١١	٤	١١	٧	٢١	٢٢	٦٧	٤٥	١٣٩	٢٣	٧٣	الجيل السعودي الجديد يحتاج إلى العلاج النفسي أكثر من الجيل القديم
٣٠٩	٤	١١	١٥	٤٧	٤١	١٢٦	٢٨	٨٨	١٢	٣٧	الأغنياء يحتاجون إلى العلاج النفسي أكثر من الفقراء
٣٠٩	٤	١٢	٢٤	٧٣	٣٩	١٢٠	٢٤	٧٣	١٠	٣١	المعلمون يحتاجون للعلاج النفسي أكثر من الأميين

في اثنين من أول ثلاثة أزواج التي ذكرت (نساء - رجال، متعلم - أمي) كانت تصورات المستجوبين قاطعة إذ إن حوالى ثلثهم يدعمون كل عبارة، حوالى ربعهم يعترضون أو يكونون ضدها. الأغنياء لديهم حاجة أكثر من الفقراء. وهذه العبارة قد دعمت بأربعة من كل عشرة مستجوبين، أما الرقم المتبقي فهم يرفضونها بمقدار اثنين إلى واحد. وتجدر الملاحظة أيضاً إلى أن عبارة الجيل القديم - الجديد جذبت نسبة أعلى كثيراً للاستجابات بالموافقة بشدة (على الأغلب واحد من كل أربعة مستجوبين) من بين الثلاث الأخرى. إن عبارة نساء - رجال بشكل مشابه جذبت أعلى نسبة للاستجابات بعدم الموافقة (حوالى واحد من كل خمسة مستجوبين) من بين العبارات الأخرى.

٤ - نتائج الجزء (د)

طلب الجزء الأخير من الاستبيان من المستجوبين عمل ملاحظات تحت سلسلة من المحاور ذات العلاقة بالخدمات الإرشادية والعلاج النفسي.

أ - نقاط القوة الرئيسية

اختار خمسة من المستجوبين تقريباً لكتابة أي شيء تحت نقاط القوة الرئيسية، وهو أول محور في هذا الجزء ذي النهاية المفتوحة للاستبيان.

ثلاثة أعشار على الأغلب من هؤلاء المستجوبين رفضوا فكرة أن تكون هنالك أي نقاط قوة رئيسية (٦٤/١٩)، و(١١ كتبوا «لا») أو كتبوا سلبياً حول الخدمات التي هي غير موجودة (٤) أو ضعيفة ومحدودة جداً (٤). وواحدة من المجموعات الأخرى اقترحت أنه إذا كانت هناك أي نقاط قوة في خدمات الإرشاد السعودي، فإنها «بعيدة من ظهورها لعموم المجتمع».

وهناك أقل من خمسين من هؤلاء المستجوبين في هذا المحور الفرعي (٦٤/٢٥) اقترحوا بأن نقاط القوة تكون بافتراض ما هو موجود بالمكان. خمسة منهم يرجعون إلى الجزء الذي يؤدي بواسطة الخدمات الموجودة في زيادة وعي عموم الناس لما يجب أن يقدموه. وسبعة اقترحوا أن الوجود الجيد للخدمات الإرشادية في الدولة يجدر اعتباره قوة. وستة يرجعون ذلك إلى نوعية الخدمات المتوفرة أو النامية. وثلاثة أشاروا إلى الوظيفة الإيجابية للخدمات الموجودة. وأربعة بينوا توافر الإرشاد في المدارس والجامعات. ومستجوب آخر وضع التأثير الإيجابي للمرشدين في أداء الطالب.

إن أكثر من خمس المستجوبين (٦٤/١٤) اتخذوا من الثقافة السعودية

والإسلامية مرجعية، وثلاثة عشر من المستجوبين اعتبروا نقاط القوة الرئيسية للخدمات الإرشادية تتصل بالحقيقة التي تؤكد بأنها تؤسس على التعاليم الإسلامية، بينما الآخرون يشعرون بأن نقاط القوة تتصل بالحقيقة القائلة «بأن معظم المرشدين هم مسلمون». وواحد من المستجوبين يرجع إلى حقيقة أن الخدمات الإرشادية متوفرة في الغالب للسعوديين بدون أجور. بينما بالنسبة إلى الآخرين فإن الحقيقة بأن مستوى توفر الإرشاد مقبول على الأقل طالما أن المدارس والكلية مهتمة به. ومستجوب آخر اقترح، ربما بشكل ساخر بأن تقديم الخدمات الإرشادية يخلق فرص عمل للمرشدين.

ب - نقاط الضعف الرئيسية

تجاوب على الأغلب ستة من كل عشرة مستجوبين مع الدعوة لبيان ملاحظاتهم بصدد ما يروونه من نقاط ضعف رئيسية (٣١٢/١٩٠). استجاباتهم ممكن أن توضع في ست فئات:

- توفر المرشدين خصوصاً المتخصصين منهم (٢٤ مستجوباً).
- مستوى الخدمات الإرشادية (٤٩).
- مستوى وعي المجتمع للإرشاد (٣٧ مستجوباً).
- دور الإعلام (٢١ مستجوباً).
- مفاهيم المجتمع للإرشاد (٢٧ مستجوباً).
- عدم ملاءمة المفاهيم وتصورات المرشدين (٣٠ مستجوباً).

وفي الأغلب عمل ٤٠ بالمئة من المستجوبين ملاحظات يمكن تجميعها تحت أي فئة (١) توفر المرشدين، أو (٢) مستوى الخدمات (١٩٠/٧٣). ولدى معين هنالك درجة من التداخل بين هاتين الفئتين. إن تحديد الملاحظات أجري على أساس التوجه، فالذين رجعوا إلى المرشدين كأفراد قد وضعوا في الفئة (١) بينما هؤلاء الذين يرجعون أكثر إلى النظام وتنظيمها يذهبون إلى الفئة (٢). تحت الفئة (١) الخطوط الرئيسية للملاحظات كانت تعود إلى عدم الخبرة؛ «نقص المعرفة لدى المرشدين»، وقصور (أو نقص) في المرشدين المتخصصين أو المرشدين المتخصصين (بشكل جيد)، وأخيراً الحاجة إلى مرشدين سعوديين. وعلى الرغم من أن بعض الملاحظات كانت فيها عمومية، فإن بعض الملاحظات كانت تعود بشكل واضح إلى موقف المرشدين

التربويين (ربما كان ذلك بسبب المواجهة مع المستجوبين أنفسهم في المدرسة أو في الجامعة)، ويرجع أحد المستجوبين ذلك بشكل خاص إلى الموقف غير المقنع في أن يكون المرشدون في المدارس من غير السعوديين. في الفئة (٢) مستوى الخدمات، هنالك ملاحظات تعبر عن عدد من الاهتمامات وبشكل رئيسي بأن هؤلاء الذين يؤدون الخدمات الإرشادية لا يتوفرون في كل مكان، وغير متوفرين في كل المستويات، وغير متوفرين بشكل واسع وكاف ومراكز قليلة وغير شاملة.

وعموماً، على ضوء هذه الإيضاحات فإن الملاحظات توجهت إلى أن تكون مختصرة في تكوينها على الرغم من وجود بعض الملاحظات الأطول:

- «هنالك نقص في وجود إطار تنظيمي للخدمات الإرشادية ممكن أن يساعد في تحسين أداء المرشدين».

- «الخدمات الإرشادية توجد فقط في بعض المدارس وليست متوفرة في كل مكان».

- «الخدمات ضعيفة جداً. أحد الأسباب يعود إلى ضعف التنظيم. وكتيجة لذلك فإن المرشد المناسب لا يوجد في المكان المناسب».

وأحد المستجوبين يرى أن الخدمات ليست شاملة بشكل كافٍ، وعبر عن رأيه بالشكل التالي: - «طبقات اجتماعية معينة لديها خدمات إضافية أكثر من الآخرين»، وأقل من خمس المستجوبين عملوا ملاحظات على نقاط الضعف الرئيسية التي تم تجميعها تحت الفئة (٣)، مفاهيم المجتمع (٣٧/١٩٠). تلك الملاحظات غطت موضوعات مختلفة. عشرة منهم عملوا علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالإسلام والتعليم الإسلامي. ونموذج لمثل هذه الملاحظات اقترح أن الإرشاد يظهر «نقصاً في الوعي الديني» أو أن له تأثيراً إسلامياً محدوداً لا يستخدم طرقاتاً دينية بشكل كافٍ. واعتبر اثنان أسلوب الإرشاد في المملكة العربية السعودية «جداً غريباً» وأحد المستجوبين كتب: «هنالك حاجة لأسلمة خصوصية الإرشاد ولتطوير الشخصية السعودية. إذا أردنا له أن يكون نافعا، الوعي الإسلامي بهذه الخصوصية ما زال ضعيفاً».

أما الآخرون فيُرجعون إلى إدراكات الناس التي تؤكد نقص وعي الناس بخصوص المفاهيم المتصلة بالإرشاد أو طبيعة الخدمات المتوفرة أو تحت التطوير. وقد عبر عن ذلك أحد المستجوبين بالشكل التالي: «الناس لا

يعتبرون الإرشاد مهماً وذلك يرجع إلى جهلهم». أما الآخر فقد عبر بشكل مشابه ولكن بطريقة شخصية قائلاً: «أنا تعلمت أموراً عنها فقط (الخدمات الإرشادية) من الاستبيان الذي أعدته انت».

ثانياً: هل التطور المستقبلي للخدمات الإرشادية سيساعد على تقوية المجتمع السعودي أم إضعافه؟

إن الغالبية العظمى من الذين كتبوا ملاحظاتهم تحت هذا المحور الفرعي اقترحت بأن التطوير يمكن أن يساعد على تقوية المجتمع السعودي. ١٠٤ من المستجوبين عملوا ملاحظات «إيجابية» مقارنة بثمانية من الذين عملوا ملاحظات معاكسة وعلى أية حال، فإن هذا التعزيز الظاهر للإرشاد في المملكة العربية السعودية (أو، ربما من هذا التصور لوضع المجتمع السعودي) ليس فتوياً في ما يمكن اقتراحه.

قبل تطوير هذه الملاحظة، من المفترض أن ننظر بشكل مختصر إلى الملاحظات التي لا تدعم «المساعدة لتقوية» الحوار. ثلاثة من هؤلاء دونوا الحقيقة بأنهم لم يقرروا؛ واحد وضع ببساطة «صعب للقول» والآخر بين أنه يريد توضيحاً أكثر «للسؤال» قبل أن يتمكن من الإجابة عن الموضوع. ومستجوب آخر أخذ يناقش بشكل مقبول ظاهرياً بأن التطورات المستقبلية للإرشاد يمكن أن تكون لها القدرة على تقوية أو إضعاف المجتمع السعودي. وهناك إجابة واحدة موجهة إسلامياً كانت إجابة مباشرة للسؤال كما في التالي: «المجتمع السعودي هو مجتمع إسلامي، وهو لن يتأثر بالخدمات الإرشادية سلباً أو إيجاباً».

وإجابة أخرى موجهة إسلامياً ممكن قراءتها بالشكل التالي: «إذا كان موجهاً إسلامياً، نعم؛ ولكن إذا كان موجهاً غربياً، فلا».

(هذا الجواب يتماشى مع عدد من الإجابات، المعدة «إيجابية» والتي يمكن تناولها في هذا الجزء لاحقاً).

واقترح مستجوب آخر انه بالنسبة إلى نوعية الخدمات فقد يساعد التطور في تقوية المجتمع. أما بالنسبة إلى كم الخدمات فلن يكون هذا التطور عاملاً مساعداً في تقوية المجتمع. فقد رأى هذا المستجوب أن تطور الإرشاد التخصصي النوعي (لهؤلاء الذين هم بحاجة ماسة لذلك) يمكن أن يكون مساعداً كبيراً، أما الأخذ بالاعتبار فقط التوسع المستقبلي للخدمات فلا يمكن

أن يساعد على تقوية المجتمع. مستجوب آخر قدم كذلك جواباً «خليطاً»، وتم تدوينه هنا على رغم أن أساس حوارهِ لم يطور بشكل كامل حيث قال:

«نعم للإرشاد ولكن لا للعلاج النفسي».

وهذا قد أخذ لاقتراح ما يرغب في تعزيزه لنوع الإرشاد الذي يمكن أن يساعد هؤلاء الذين لديهم مشاكل يومية مؤقتة: في المدرسة أو الجامعة، في مكان العمل أو البيت، ولكن هو لا يرحب بفكرة تطوير الخدمات التي تهدف إلى التصدي للمشكلات العميقة التي تتطلب تدخل المعالج النفسي.

وهنالك نقاط التقاء في وجهات النظر «السلبية» الثلاث التي عبروا عنها. فالثلاثة لم يعدوا أحكامهم بكفاءة ليكون واضحاً في ما إذا كانت الخدمات الإرشادية، حاضراً أو مستقبلاً، مساعدة أو فقط واحدة من سلسلة الندوات التي تقام في المجتمع السعودي. وقد وصفها أحدهم: «لإضعاف المجتمع أي أنه لا يقدر على حل مشاكله». واحد من الثلاثة ربط وجهة نظره بالدين بالقول: «سوف تساعد في إضعاف المجتمع، الله (سبحانه وتعالى) وحده لديه المعالجة لشفاء عقول الناس».

وعند تفحص الاستجابات الإيجابية للسؤال، يتبين لنا أن النمط السائد هو «نعم». وقد يكون هذا النمط سائداً بالقوة نفسها، أو قد تحدث بعض التحولات في قوة الاستجابة، وذلك بحسب السؤال المراد الإجابة عنه. وسوف تؤخذ بعض الاستجابات الكاملة في هذا الصدد عند عرضها لاحقاً. على كل حال، كان عدد من الاستجابات محدداً في تكوينه، وثمانٍ منها بينت وجهة النظر بأن تطوير الخدمات الإرشادية يمكن أن يساعد في تقوية المجتمع السعودي، وتقديم هذه الخدمات بشكل متناسق مع الاتجاهات الإسلامية، أو بطرق تتطابق مع التعليم الإسلامي. فمعظمهم كانوا متفقين في التعبير عن وجهات نظرهم بشكل مختصر، كما في «نعم إذا هي مع الإسلام». على كل حال، طالبة واحدة عبرت عن هذا الشعور بشكل متكامل: «إذا تطورت الخدمات الإرشادية مع صون شخصية المجتمع السعودي كمجتمع مسلم فإن تلك سوف تقوي المجتمع».

وتؤثر استجابات أكثر طويلاً (إيجابية) على نوع التفكير الذي يقع خلف الدعم لغرض «تقوية المجتمع السعودي». نأخذ بالاعتبار هاتين الملاحظتين:

«هي (تطوير الخدمات) يجب أن تساعد في تحسين الأفراد أخلاقياً لهذا

فإنها ستقوي المجتمع السعودي».

«نعم، سوف يكون هنالك تطور مستقبلي في الإرشاد في المملكة العربية السعودية. فإن هذا سوف يساعد على تقوية المجتمع، إذا كان كل مرشد تربوي ونفسي يعرف دوره ومسؤولياته».

المشاكل الاجتماعية الأكثر أهمية التي تواجه المجتمع السعودي

الهدف من هذا المحور الفرعي هو الحصول على بعض الأفكار من عقول المستجوبين وبخصوص مفاهيم المجتمع الذي يعيشون فيه وهو مجتمع المملكة العربية السعودية. وذلك يمكن أن يساعد في تقدير المحتوى الذي يمكن فيه صياغة أحكامهم حول الإرشاد والحاجة إليه.

إن ١٢٥ مستجوباً تقبلوا الدعوة لتحديد ما يرونه من مشاكل اجتماعية مهمة في المجتمع السعودي. وقد اعتبروا أيضاً أن ذلك النوع من النقاط التي ظهرت يمكن أن يوفر مؤشراً لأي قلق في ذهنهم حول عالمهم الاجتماعي. مثل هذه الطريقة قد بررت من قبل الدراسات البحثية السابقة التي تقصت الروابط بين الاهتمامات حول التغيير الاجتماعي الثقافي والعلاج النفسي^(١).

والاستجابات سلطت الضوء على عدد من الموضوعات، ولهذا عرضت هنا تحت أربع مجموعات:

- حياة العائلة.

- حياة المجتمع.

- العيش الحديث.

- ابتعاد المجتمع عن التعاليم الإسلامية.

ويجب أن نقدر بأن التصنيف للإجابات في واحدة أو أخرى من المجموعات المذكورة أعلاه هو إلى حد ما افتراضي، طالما أنهم يتمكنون بصعوبة من التعبير عن فئات منفصلة عن بعضها. على كل حال، المعيار المستخدم كان نقطة بدء المستجوب. كمثال، التعليق حول: «قيم العائلة

I. Abdul-Satter and A. Al-Nafie, «Perceptions and Concerns about Socio-cultural (١) Changes and Psychopathology in a Saudi Arabian Sample,» *Psychopathology*, vol. 20 (1987), pp. 250-254.

أخذت بالتدهور» عومل كأنه يعود إلى حياة العائلة، بينما عومل «الرجوع إلى تدهور في المقاييس الأخلاقية» وكأنه يعود إلى حياة المجتمع. «الرجوع إلى المادية» قد وضع تحت مجموعة الحياة الحديثة، بينما نقطة «صيغت بمضمون ديني» قد وضعت تحت مجموعة التعليم الإسلامي.

أ - حياة العائلة

المشكلات الرئيسية تم تجميعها تحت محور أو عنوان حياة العائلة وهي تغطي اهتمامات مثل الممارسات المتخلفة للطفل، وقيم العائلة، وتعليم الفتاة والزواج، والطلاق والإساءة للطفل. والتصور الذي تم تشخيصه يظهر أن حياة العائلة كانت تحت التهديد، في جزء منها نتيجة لضغوط الحياة العصرية، وكذلك بالتطبيق، والجهل بالتعليم الإسلامي. موضوعات عدة يمكن أن تظهر في مضمون المجتمعات الغربية، ولكن يبدو أن بعضها له سمة سعودية إن لم تكن في واقع الأمر صفة إسلامية. وهذا يمكن أن يعطى مثلاً عنه بالرجوع إلى تعليم الفتاة. في الفصل الثالث ظهر بأن هناك رجعة إلى نمو الفرص التعليمية للإناث في المملكة العربية السعودية من خلال تكوين وتطوير الرئاسة العامة لتعليم الفتاة. ولذلك فإن واحدة من النتائج لذلك زيادة فرصة مواصلة الفتاة لتعليمها وبذلك فإن العائلات تواجه مشكلة أن بناتها يرغبن في مواصلة التعليم، ولكنهن مع هذا التعليم يمكن أن يواجهن مشكلة زواجهن فإن السماح للبنات في مواصلة الدراسة يمكن أن يؤدي إلى صعوبة في تزويجهن، وذلك بسبب تخلفهن عن معايير العمر الزواجي.

وكننتيجة لذلك، فإن الزوجات التي تحصل لاحقاً يمكن أن تكون أقل قناعة، وبشكل محدد يكون الزواج من شخص متقدم في السن. ويتصور الآخرون أن مصدر المشكلة هو حين تشعر العائلة أنها مجبرة على إحباط رغبة ابنتها في إكمال فرصها التعليمية خشية عدم تمكنها من ترتيب زواج مقنع لهذه الفتاة.

ب - حياة المجتمع

ظهر عدد من القضايا والموضوعات التي صنفت ضمن هذه المجموعة من الاستجابات. وهذه تعود إلى أشياء مثل نقص (أو اختزال في) في روح المجتمع، وفقدان الجيرة، وهذا التدهور في المجال أثر في نوعية حياة الأفراد. واحدة من الأفكار تعود إلى ما يصطلح عليه بـ «القبيلة». وهذا يعود إلى المفاهيم بأن المجتمع السعودي يقع في تجمعات طائفية نتيجة لكون المجتمع

السعودي أصبح أكثر انفصالياً، باتباع رجال القبيلة وتفضيلهم الواحد للآخر بدلاً من تأكيد الأخوة السعودية. إجابات أخرى ربطت هذه بفرض محددة في التوظيف ونشاط العمل، كما أن هنالك شكاً على الأقل بأن هذا التفضيل قد يؤثر في مثل هذه الفرص وبشكل مؤذ للمجتمع السعودي.

ج - العيش الحديث

هذه الفئة قد جذبت مدى من الإجابات قد تعود مباشرة إلى ضغوط الحياة الحديثة وتأثيرها في العمل والحياة المهنية. إنها بعيدة تماماً عن موضوع القبيلة وتعود إلى أعلى، وهي تؤثر في فرص العمل والتوظيف، وهنالك مفاهيم مشابهة تؤثر في الانتقال إلى أشكال أخرى من التفاضل، كمحابة الأقارب في التوظيف، والأولاد الكبار وهكذا. وقليل من المستجوبين ذهبوا بعيداً لاقتراح «تهديم»، البطالة نفسها كانت موضوعاً قد ظهر في هذه الفئة.

هذه المفاهيم كانت ذات اهتمام خاص. وأصبحت مثل هذه الممارسات أكثر توسعاً وعلى الرغم من الزيادة في الوعي فإنها ما زالت موجودة (باقية). هكذا في ما إذا كانت حقيقة أم تصوراً (خيال)، مثل هذه النظرة يمكن أن تكون حتماً أشكال الضغوط على المجتمع السعودي والأفراد فيه.

وتعكس موضوعات أخرى ظهرت الضغوط التي يشعر بها المجتمع السعودي والأفراد، والتي تنتج من الاتصال القوي إما مع الغرب مباشرة أو من خلال الثقافة السائدة. وقد أشار عدد من المستجوبين إلى سوء استخدام المخدرات والكحول، والطلاق، والكبر والانفصال من الزواج قد ذكرت أيضاً. إضافة لهذه النقطة التي ذكرت سابقاً حول التضارب بين تعليم الفتاة وزواجها يمكن للفرد أن يفهم الصورة الكئيبة التي تظهر من المستجوبين.

وهناك قضية أخرى وضعت ضمن هذه المجموعة هي المادية. وبالإضافة إلى اقتراح زيادة الجشع بين الأفراد كانت هنالك قضية أخرى أشار لها السعوديون وهي «الخدمات الأجنبية» كموضوع وجد نفسه يظهر ليس فقط في الإعلام السعودي وإنما أيضاً في الإعلام العربي. واحدة من إشارات الرخاء الأعظم هي توظيف الخدمات من أقطار أخرى وبشكل محدد الفقيرات منهن مثل الهند والفيليبين. وجزء من المقترحات للسلوك اللاأخلاقي بين الموظف والخدمة، وكذلك أيضاً هنالك إدراك يهدد التأثير المعتاد على تنشئة الأطفال الذين يكونون من مسؤولية الخدمات. وهنالك أيضاً شك بأن «القيم الأجنبية» أخذت تتغلغل في عقول الأطفال وهي غريبة عن تقاليد وثقافة

السعوديين، وحتى يمكن أن بعضهن يهملن الأطفال الذين في مسؤوليتهم.

د - ابتعاد المجتمع عن التعاليم الإسلامية

هذه هي الموضوعات التي أظهرها المستجوبون بالنسبة إلى ما يرونه من مشاكل اجتماعية مهمة تواجه المجتمع السعودي. ويمكن القول بأن عدة موضوعات تتداخل ضمن المجموعات التي تضمنها هذا الجزء. وعملية التجميع للمفاهيم حددت بنقطة البداية. وهكذا فإن عدة موضوعات ظهرت تحت ابتعاد المجتمع عن التعاليم الإسلامية والتي غطيت بشكل كامل. فبعض المستجوبين تبنا وجهة النظر بأن المجتمع السعودي أخذ يتجاوب مع التحديات والفرص المتاحة في الحياة الحديثة، والمجتمع أخذ ينسى أو يكبح التقاليد الثقافية والدينية. إن الفشل في متابعة المعتقدات الإسلامية كان السبب في الأمراض الاجتماعية وبشكل مقلق للمجتمع السعودي: الأخلاق، والقيم العائلية، وتخلف الأطفال، وحياة المجتمع وهكذا.

ومن وجهة النظر الإرشادية والعلاج النفسي والحاجة (أو نقص الحاجة) لخدمات عامة أفضل في هذا الخصوص، فإن مفاهيم المستجوبين وإدراكاتهم حول المشاكل الاجتماعية التي تواجه المجتمع السعودي هي حقيقية إلى حد ما، وربما يكون لها نتائج مباشرة على البيئة. والأمر نفسه يمكن أن يكون صحيحاً، وذلك للمدى الذي يفهم فيه الإرشاد والعلاج النفسي من قبل المستجوبين كوسائل للتخلص من المشاكل الفردية بخلاف الذين يعترضون على نشر مثل هذه الخدمات ويعتبرونها سبباً لهذه المشاكل. على أية حال، إن هذا الموضوع يمكن العودة إليه في الفصل الثامن حيث النتائج المتحققة في الاستبيان والمقابلة ستفسر وتناقش.

ثالثاً: توصيات بخصوص

تطوير الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية

وضع المستجوبون مقدماً مدى واسعاً من الاقتراحات حول إمكانية تطوير الخدمات الإرشادية. وقد غطت هذه الاقتراحات الأفكار التالية:

- الوعي العام.
- التقدم في قطاع التربية.
- توافر أو جاهزية الخدمات الإرشادية.

- تدريب المرشد.

- الإسلام والإرشاد.

أما التوصيات التي حددها المستجوبون فمتباينة من العام إلى الخاص كما يلي:

١ - الوعي العام

كثيرون من الذين استجابوا لهذا الجزء من الأسئلة المفتوحة النهايات وضعوا عدة نقاط ذات علاقة بهذه الفكرة. الإجابة الأكثر شيوعاً كانت الطلب من الإعلام العمل على خلق الوعي لدى عموم المجتمع لما يمكن أن يقدمه الإرشاد وتصحيح المعلومات الخاطئة حول الإرشاد نفسه. وفي الحقيقة فإن من القضايا التي تحتاج إلى إرشاد فكرة السيطرة على الحساسية غير المبررة أو الخجل من طلب المساعدة من المرشد. وترتبط بذلك قضية ما يراه المستجوبون من حيرة حول الإرشاد بأنه يعالج فقط «المجانين».

وعندما يقدم الإرشاد معالجة لهؤلاء الذين يتباينون في درجة الاضطرابات العقلية، فإنه يكون جاهزاً لحل المشاكل البسيطة التي تسبب حالات قلق لدى الأفراد. وعلى الرغم من ذلك فإن مستوى أقل من التداخلات ممكن الحدوث، وربما تعرض طريقة لمنع مشاكل قاسية قد تظهر لاحقاً. إن الغالبية العظمى للتدخلات البسيطة كما في الإرشاد المدرسي تهتم بتبسيط المشاكل المؤقتة لهؤلاء الطلبة بدلاً من البدء بسلسلة من فحوصات أكثر رسمية. وبسبب اهتمامهم الطويل بالتربية داخل وخارج السعودية، فإن معظم المستجوبين قد تعرضوا في الغالب للإرشاد التربوي، حتى وإن لم يكن ذلك ممكناً فقد يكون تعرفهم عليه من خلال زملائهم الطلبة. وفي الحقيقة فواحد من كل ستة مستجوبين بين أن لديه خبرة شخصية للإرشاد، عدد منهم لديه موقع تربوي (انظر الجداول أرقام (٥ - ٨) و(٥ - ٩) و(٥ - ١٠)) تلك الخبرة فيما إذا كانت مباشرة أو غير مباشرة يمكن أن توفر لهم مؤشراً على نوع المشاكل التي يمكن للإرشاد معالجتها، وتساعد أيضاً في التخلص من الخرافات حول الإرشاد في هذا السياق. بعض الاقتراحات الخاصة أيضاً وضعت مقدماً، واثنان من المستجوبين اقترحا إنشاء إرشاد يومي أو أسبوعي كل سنة مع نظرة لتكوين محاولة مناسبة لإبراز الخدمات الإرشادية وتقريبها إلى اهتمام الناس.

وشملت اقتراحات أخرى استهداف مجموعات معينة من الناس، مثل الوالدين و/أو العائلات، وأطفال المدارس وذلك لغرض جلب خدمات ذات علاقة باهتماماتهم والتخلص من الخرافات:

- «الدعاية يمكن أن تتعامل مع سوء الفهم بخصوص الإرشاد».

- «الإعلام يحتاج أن يوضح سوء الفهم حول «الجن» والعلاج النفسي».

وكان بعض المستجوبين مندهشاً مما إذا كان هنالك فصل بين الأشكال الأكثر اعتيادية للإرشاد وتلك التي ترتبط بعلاج الحالات المستعصية للصحة العقلية، ولهذا اقترح أنه يمكن بمساعدة الإرشاد أن يصبح الناس أسوياء، وذلك بسبب ما هو موجود في عقول الناس بأن أي نوع أو شكل من الإرشاد يرتبط بالصحة العقلية. هذا النوع من التميز في الحملات الإعلامية يمكن أن يساعد في توعية الناس.

٢ - التقدم في قطاع التربية

تدعم التوصيات تطويراً أكثر للخدمات الإرشادية في المدارس، والكليات والتعليم العالي، على الرغم من أن التركيز الرئيسي للاقتراحات كان على قطاع المدارس. والاقتراحات كان مداها من «عبر المستويات التربوية كافة» إلى أضيق تلك المستويات، مثل نشر الخدمات من المدرسة الثانوية إلى المرحلة المتوسطة أو إعطاء أفضلية خاصة للثانوية والمراحل المتوسطة. وأحد المستجوبين اقترح الأسلوب التالي تأكيداً للحاجة إلى: «تأكيد الإرشاد في مستويات المدارس الثانوية والمتوسطة بسبب أهميتها لمرحلة المراهقة».

واقترحات أخرى في هذا المجال تتضمن تشجيع الطلاب على طلب الإرشاد عندما تكون هنالك حاجة لتوفير موجه مهني على الأقل لقطاع الثانوية.

٣ - توافر أو جاهزية الخدمات الإرشادية

الاقتراحات في هذه الفئة كان مداها بين عبارات المبادئ وتلك حول التوفير الحقيقي. عبارات المبادئ تتضمن التالي:

- «المؤسسات الإرشادية يجب أن توفر إرشاداً لكل فرد بحاجة لذلك أكان عربياً أم غير عربي، مسلماً أم غير مسلم».

- «من المهم لضمان توفير الخدمات الإرشادية أن تورد بشكل ملائم».
- «الخدمات الإرشادية يجب أن تعطى أفضلية قصوى».
- «(الخدمات الإرشادية) يجب أن تكون متوفرة في كل مجتمع وبها مستوى عال من الثقة».

الاقتراحات في مستويات التوفير تضمنت عموميات، ولكنها في الأكثر كانت خاصة. فبعض المستجوبين أوصوا بأن توضع وحدات إرشادية «في كل مستشفى/مجتمع/منطقة»، «أو في مؤسسات حكومية». وآخر اقترح أن التوفير للخدمات الإرشادية يجب أن يركز على التطوير الذي تم تعريفه «كمجالات رئيسية للحاجة». (ما كان واضحاً من المضمون في ما إذا يعود ذلك إلى المجالات الجغرافية أو الإرشادية).

مستجوبون آخرون اقترحوا توصيات تعود إلى ضبط الخدمات الإرشادية، في جزء منها لتطوير نوعية التجهيز والجزء الآخر للعمل كحارس أمين.

- «يجب أن يكون هيكل تنظيمي معبأ بمستوى عالٍ للإشراف على هذه الخدمات».

- «يجب أن تكون هنالك لجنة من علماء النفس، والاجتماعيين، وعلماء الشريعة (متخصصين بالقانون الإسلامي) وإداريين ينظمون نظام التصنيف لهذه الخدمات».

- «يجب أن تكون هنالك معايير دقيقة لاختيار الأفراد وتوظيفهم».

وهناك مستجوب آخر ربط فكرة الضبط تلك بنوع التدريب الذي يجب أن يقدم، حيث اقترح ما يلي: «يجب أن تبذل محاولات لضمان النوعية والفاعلية لأقسام تدريب الإرشاد في الجامعات». وأكد بعض المستجوبين ربما بسبب خلفيتهم كطلبة دراسات عليا الحاجة إلى استمرارية البحث في مجال الإرشاد لتقصي فاعليته في مجالات مختلفة للخدمة، لكي يمكن الحصول على معلومات مؤكدة ومعتمدة تساعد في إدامة الخدمات والارتقاء بنوعيتها وتقديم المساعدة لصانعي القرارات. وعلى الرغم من أن الاقتراحات حول الضبط تعود بشكل رئيسي إلى قطاع الخدمة العامة، فإن قضية المرشدين في الممارسة الخاصة ظهرت كذلك مع الحاجة المطلوبة لضمان وضع مستويات عالية من المقاييس.

ويفضل أحد المستجوبين أن يكون هناك مراكز إرشاد مجتمعية متوفرة للناس المحليين، وقد اقترح أن تكون تلك المراكز متعددة الوظائف، بحيث يمكن أن تساعد في جعل الناس يشعرون أكثر راحة بصدد الذهاب لطلب الإرشاد.

وأخيراً، يجب أن نبين بأن هنالك دعماً كبيراً من قبل المستجوبين للخدمات الإرشادية لأن تتطور في إطار إسلامي، وهذه القضية قد أخذت في الاعتبار في الجزء الخاص بالإسلام والإرشاد.

٤ - تدريب المرشد

هناك عدد من التوصيات والمقترحات ذات علاقة بالجوانب المختلفة لتدريب المرشدين العاملين في المملكة العربية السعودية. بعضها يعود بشكل مباشر إلى الحاجة - التي عبر عنها البعض - لإرشاد وتوجيه إسلامي وقد تم أخذها بالاعتبار في الجزء القادم الخاص بالإسلام والإرشاد.

ويركز الجزء الحالي على قضايا أكثر عمومية ذات علاقة بالتدريب، فقد أكد المستجوبون أهمية نوعية الإرشاد المتوفرة، معتبرين بذلك أن للتدريب (ولحد معين معايير التوظيف) أهمية يؤديها في تحقيق هذا الهدف. والطلاب الذين يعتزمون الحصول على وظيفة في الإرشاد فالمقترح أن يرسلوا إلى جامعات جيدة لغرض التدريب، والمعايير في أقسام الإرشاد الجامعية يجب أن تتحسن.

ويرى أحد المستجوبين بأن هنالك منفعة إضافية يمكن أن تتحقق من تحسين نوعية التدريب إذ يعتبرها: «الدليل الأكثر أهمية لقيمة الإرشاد».

وعلى الرغم من أن المستجوبين لم يضعوا مقدماً أي توصيات خاصة بصدد الكيفية التي يمكن من خلالها تحسين نوعية التدريب، فإن بعض التوصيات قد اقترحت كمثال اعتبر فيه أحد المستجوبين أن الأسلوب المتعدد الاختصاصات للتدريب يمكن أن يساعد على إعداد مرشدين قادرين على تقديم علاج جيد. وأكد آخر الحاجة إلى الإرشاد بحيث يكون «ملائماً للثقافة السعودية»، وهذه الفكرة انعكست عند مستجوب آخر حول أهمية الإرشاد على أنها تفهم عموماً «في إطار المفاهيم الثقافية والتاريخية للمجتمع».

وتعود توصيات أخرى إلى الحلقات الدراسية والتدريب أثناء الخدمة. فهذه كانت مهمة لمساعدة المرشدين لجعل معرفتهم ومهاراتهم تتسم بالحدثة.

وأحد المستجوبين شدد على أهمية الحوار بين المرشدين، وذلك لكي ينتفع كل واحد من اختصاص زميله. والحاجة للحوار مع المرشدين الدينيين قد ذكرت أيضاً، ولكنها أخذت في الاعتبار في الجزء الخاص بالإسلام والإرشاد.

٥ - الإسلام والإرشاد

ظهر مما تقدم أن الحاجة إلى الخدمات الإرشادية يجب أن تتطور بطريقة تكون ملائمة للمجتمع السعودي وفقاً لتصورات واقتراحات العديد من المستجوبين. إن مثل هذه المقترحات تراوحت بين النظرة الواسعة (وذلك ملائم لثقافة وتاريخ المجتمع السعودي) والعلاقة الخاصة بالإسلام، دين المملكة العربية السعودية. وربما أكثر من واحد من كل خمسة مستجوبين اقترحوا نقاطاً تحت عنوان «توصيات بخصوص تطوير الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية»، منها، الربط بالإسلام بالاسم تحديداً أو «بالدين» بشكل عام، مع ان الاصطلاحين متماثلان في عقول السعوديين. وغالبية المستجوبين كانوا يميلون إلى جعل نقاطهم بجمل قصيرة. ولكن على الرغم من ذلك قدمت مؤشرات واضحة على مواقفهم بخصوص هذه القضية وكما يظهر من هذه الأمثلة «إسلامياً». وهناك أمثلة أخرى أطول تضمنت هذه التعليقات: «تدريس الإرشاد من خلال الإسلام»، «أي أن تطويراً في هذه الخدمات يجب أن يكون على أساس إسلامي»، و«يجب أن تكون ضمن التعليمات الإسلامية»، و«تطلب توفير المرشدين من الذين هم مسلمون جيّدون»، و«زيادة المعرفة الدينية للمرشدين». وما زال واحد، أو اثنان، من المستجوبين يشعر أن من الأفضل أن يتوجه إلى الإسلام لغرض توفير الدعم عندما تكون هناك مشكلات ما. قال أحدهم: «يجب أن نعطي أهمية أكبر لقراءة القرآن، وذلك لمعالجة المشكلات والهموم النفسية». واعتبر آخر أن الناس الذين عندهم مشاكل «يجب أن يكون لديهم اتصال بمرشدين دينيين جيّدين». هذا الاقتراح يبدو أنه يتماشى مع تصورات الآخرين التي تؤكد الرغبة بالمرادفة والحوار بين الدين والإرشاد، كما في هذا التعليق: «الرابطة بين الإسلام والإرشاد يجب أن تقوى». وقد رأى آخرون أنه يجب إعطاء اعتبار أكثر لتدريب المرشدين السعوديين على «المفهوم الإسلامي للعلاج النفسي». هذا وقد وردت سابقاً بعض الإشارات إلى اقتراحات حول الحاجة إلى حوار أوسع بين جميع المرشدين للمشاركة بالأفكار والاستفادة من خبراتهم. وبالنسبة إلى الإسلام والإرشاد، كان واضحاً بأن الحوار يجب أن يتضمن مرشدين مهنيين وردفاء دينيين. وأحد

المستجوبين اقترح أنه يجب على الخدمات الإرشادية الدخول في حوار مع بعض المؤسسات الدينية التي تقوم على تطوير المعتقدات الجيدة، وعدم تشجيع المعتقدات السيئة، فمثل هذا الحوار يمكن أن يساعد في إزالة العوائق والجهل، ويساعد كلاً من «الدين» والخدمات الإرشادية على تقديم المساعدة لدى الحاجة إليها في أرجاء المملكة العربية السعودية.

أي تعليقات أخرى؟

لقد قدّم الجزء الأخير المفتوح النهايات من الاستبيان سلسلة من النقاط المختلفة التعليقات التي طرحت من قبل المستجوبين. وفي العديد من الحالات ظهر عدد من القضايا الرئيسية التي لم تتم تغطيتها في أماكن أخرى في الجزء (د)، والعديد من هؤلاء الذين وضعوا تعليقات دونوا بعض الاعتقادات الإضافية أو بعض النقاط الثانوية. أما التعليق الأكثر تكراراً فقد ارتبط مرة أخرى بأهمية الإسلام في حياة السعوديين وغيرهم من المسلمين. والنقطة التي وضعت من قبل المستجوبين الذين كانت تعليقاتهم السابقة في الاتجاه نفسه كما لاحظها أحد المستجوبين هي أنه: «يجب الرجوع إلى القرآن الكريم كلما شعرنا بأي نوع من الضغوط النفسية». وهناك عدد من النقاط الثانوية قد طرحت من قبل مستجوبين بشكل فردي يمكن تجميعها تحت محور «مخاطبة وعي/وموافقة عموم الناس». وقد أشار بعض المستجوبين إلى الحاجة إلى معلومات أكثر حول الخدمات الإرشادية، إما من خلال المؤتمرات لإرشاد عدد أكبر من الأكاديميين أو من خلال الإعلام لعموم المجتمع. وقد تم وضعها من قبل أحد المستجوبين بالشكل التالي: «نحن يجب أن نستخدم الإعلام لزيادة مستويات الوعي بين الناس إلى ما نعتبره العلاج النفسي البسيط، وحتى الفرد يمكن أن يصل إلى المرحلة التي يريد بها الإرشاد». واقترح البعض أن الناس يحتاجون إلى فهم أفضل لمدى المساعدة التي يمكن للإرشاد والعلاج النفسي أن يقدمها. الناس يمكن أن يكونوا مرتاحين أكثر مع فكرة الإرشاد التي تعود لضغوط الحياة اليومية الاعتيادية للناس بدلاً من أن يكون ذلك موجهاً إلى الناس الذين يوصفون بأنهم مرضى نفسيون. وظهرت كذلك فكرتان أخريان ترتبطان بذلك، فواحدة تؤكد على إعطاء أهمية «للإرشاد الوقائي» الذي يؤكد على أن تكون فكرة الإرشاد متوفرة للناس «الأسوياء وليس فقط لهؤلاء الذين يعانون مشاكل مستعصية. والأخرى تؤكد التعامل مع التعليم المدرسي، والاهتمام ببعض القضايا مثل «المشاكل الاجتماعية»

الأكثر إلحاحاً كإدمان المخدرات والكحول أو الأكثر اعتيادية التي ترتبط بالمشكلات التربوية. وطبعاً، التوجيه المهني بشكل خاص أثير من قبل مستجوب آخر شعر بأن مثل هذه الخدمات تحتاج إلى تطوير.

وهناك نقطة أخرى أثيرت تتعلق بالرغبة في التعاون بين المعالجين التقليديين والمرشدين والمعالجين النفسانيين، كطريقة للمساعدة في «تعديل» الممارسات الحديثة بحيث تصبح أكثر تجاوباً مع تقاليد السعوديين وطريقة حياتهم. أحد المستجوبين اقترح بأن يعطى اهتمام أكبر إلى أقارب المراجعين لجعلهم يشعرون براحة أكثر لدى رؤية المرشد، وهذا يمكن أن يجعل أي «معالجة» أكثر فاعلية.

وأخيراً، طرح عدد من التعليقات المتعلقة بالاستبيان نفسه، فقد أشارت هذه التعليقات إلى مساهمة هذا الاستبيان بجعل هؤلاء المستجوبين يفكرون ببعض القضايا التي تواجه الإرشاد أكثر مما كانوا يفعلون في السابق. وأثار بعضهم نقاطاً فنية حول رغبتهم في توفير قدر أكبر من الوضوح في فقرات الاستبيان. واقترح واحد أو اثنان توفير قائمة بالاصطلاحات لكي يتمكن المستجوبون المتابعة بشكل أفضل. وأحد المستجوبين شخّص خطأ ثانوياً في الترجمة العربية (بعد المناقشة مع بعض الأصدقاء المختصين في اللغة العربية ومرجع بالقواعد العربية فإن الباحث أذعن للخطأ الفني وصحح الترجمة في الملحق رقم (١)).

لقد حاول هذا الفصل عرض النتائج المتحصل عليها من بيانات الاستبيان. ومن الملائم الآن أن نوجه الاهتمام إلى بيانات المقابلة. إن من المفيد الملاحظة بأن القرار بصدد النتائج من المصدرين بشكل منفصل قد حدد بالاختلاف في جزئي العمل الميداني. وعلى الرغم من أن هنالك تشابهاً في أساس التغطية بكلا الجزئين لتضمين بيانات المقابلة في وسط بيانات الاستبيان فإن ذلك قد أدى إلى فصل بيانات المقابلة. لقد كان الهدف من المقابلات هو النظر إلى الاستجابات الفردية حول بعض القضايا المطروحة للبحث ككل متكامل بدلاً من استخدام قضية واحدة فقط كمصدر للاستئارة بنقطة بعد نقطة في بيانات الاستبيان. ولهذا فإن بيانات المقابلة ستكون موضوع الفصل القادم.

الفصل الساس

نتائج المقابلة

هذا هو الفصل الثاني من الفصلين اللذين يعرضان نتائج العمل الميداني. فهو يعرض النتائج من المقابلات التي هدفت إلى توفير بيانات مكملية لتلك التي في الاستبيان. وقد قُدِّمَ كلُّ على حدة لأن مثل هذه الطريقة اعتبرت تساعد أكثر على الاقتباس الكامل من المقابلات التي أجريت، وهكذا تعطي المجال لمضمون التعليقات أن يفهم بشكل أفضل.

عينة المقابلة: بلغ العدد الكلي للمقابلين أحد عشر طالباً؛ ثلاثة منهم تراوحت أعمارهم بين (٣٦ - ٤٠) سنة، وخمسة بين (٣١ - ٣٥) سنة وثلاثة بين (٢٦ - ٣٠) سنة. وكان جميعهم متزوجين وقدموا إلى هنا بظروف اجتماعية مختلفة، ممثلين بذلك كافة مناطق المملكة العربية السعودية. وجميعهم مبعوثون من قبل الحكومة السعودية ما عدا واحداً كان مبعوثاً من قبل شركة النفط العربية - الأمريكية (أرامكو). وثمانية منهم كانوا يدرسون للحصول على شهادة الماجستير: طالبان في التربية، وثلاثة في العلوم الاجتماعية، وثلاثة في الطب وثلاثة في العلوم.

وكانت المقابلات شبه منظمة وقد غطت ست قضايا: الخلفية الشخصية، والخلفية العائلية، ومفاهيم الإرشاد النفسي، ومقارنة الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة (الغرب) والعربية السعودية، وردود الفعل على الاستبيان.

أولاً: الخبرة الشخصية في الإرشاد

وجد لدى اثنين فقط من المقابلين خبرة شخصية في الإرشاد الذي يقدمه المرشد، فواحد منهما كان قد ذهب مباشرة إلى المرشد (مرشد الطالب)، لأنه كان يعاني مشاكل عائدة إلى الدراسة. أما الثاني فكانت لديه مشاكل معدية، وكان يراجع المرشد النفسي بواسطة طبيبه الخاص حينما اعتقد أن

مصدر هذه المشاكل قد تكون نفسية في تكوينها. وقد حدثت هذه المشكلة عندما كان طالب دراسات ابتدائية. كان كلٌّ منهما مقتنعاً كلياً بالمساعدة المقدمة. كان أولهم صاحب خبرة خمس سنوات في المشاكل الأكاديمية والتي أثرت في حياته الشخصية قد توقع من المرشد أن: «يقدم له بعض الوسائل والممارسات التي يمكن أن تساعد في السيطرة على مشاكله تماماً».

وقد سئل فيما إذا كان قد حصل على ما توقعه فقال: «بعد خمسة فصول، أعطاني تعليمات لعمل تمرينات معينة. وفي الحقيقة من الصعب أن أعرف ما إذا كانت توقعاتي قد تحققت بسبب فترة الحاجة للعلاج النفسي. أنا أوقفت علاجي بعد خمسة فصول لأسباب مالية».

وعلى الرغم من أن طلب الإرشاد كان خياره الأول، فإنه في المقابل قال بأنه «انتظر وانتظر وقتاً طويلاً قبل أن يذهب مباشرة لطلب مساعدة الإرشاد»، وبالنسبة إلى المقابل الآخر ذي الخبرة الشخصية بالإرشاد فإنه لم يقتنع بأنه قد حصل على أية معالجة. وقد قال: «أنا رأيت المرشد وقد أدهشني بسؤالي عن الاستمناء باليد حيث أكد كثيراً على ذلك. أنا اعتقدت بأنه غبي وتأسفت على رؤيته ولم أذهب إليه مرة أخرى. أعتقد أنه تنقصه الخبرة».

وقد سئل التسعة الذين لم تكن لديهم خبرة شخصية في الإرشاد فيما إذا كانوا سيلجأون له إذا ما حدث شيء لهم، فقال اثنان منهم انهما لن يقوموا بذلك تحت أية ظروف؛ وقال أربعة منهم نعم سوف يعملون ذلك. ويعتقد الثلاثة الآخرون انهم سيعملون ذلك ولكن بعد استشارة عائلاتهم وأصدقائهم المقربين، إذا ما أبدوا أنه لا بأس بهذا العمل.

وقال أحد هؤلاء: «إذا واجهتني واحدة من هذه المشاكل (الافتراضية) فمن المحتمل أن تصل إلى نهاية حتمية، وخصوصاً في عقلي ومعتقداتي. وبعد ذلك يمكن أن أبحث عن حل بالتحدث مع صديق وطلب نصيحة بهذا السبيل، ولكن لا أستطيع رؤية نفسي وأنا أذهب لطلب المساعدة من المرشد. إن من غير المرغوب بالنسبة إلي أن أطلب نصيحة للمشاكل الأكاديمية بسبب اعتقادي بأنني أعرف ما أفعله».

قال مقابل آخر: «في حالات التوترات النفسية، يمكن أن أسترشد بأناس آخرين مثل والدي أو أصدقائي. ويمكن أن تكون نصائحهم هي الصحيحة، أو قد تكون ببساطة عاملاً مريحاً. حتى في المستقبل، أنا لا أعتقد

أنني سأحتاج أبداً إلى مساعدة نفسية من شخص متخصص. على الأقل، هذا هو تصوري في اللحظة الحالية».

ثانياً: الخبرة العائلية في الإرشاد

لقد بين ستة من المقابليين وبحسب معرفتهم أنه ليس لدى أحد من عائلاتهم خبرة في الإرشاد. وأما الخمسة المتبقون من المقابليين فقد قالوا بأنهم يعرفون بأن بعض أقاربهم قد تم إرشادهم. وذكر أحدهم بأن له قريباً يعاني انفصام الشخصية، وقد فحص من قبل طبيب نفسي حيث قام بإعطائه المسكنات (المهدئات). وبالإضافة إلى ذلك، كان يجرب الطرق الدينية للمعالجة. إن نتيجة معالجة الأقارب كانت غير مقنعة.

وتحدث واحد عن اثنين من أقاربه الذين تمت رؤيتهما من قبل اختصاصي نفسي. وقال ثالث ورابع من المقابليين أن بعضاً من أقاربهم استعمل علاجاً ناجحاً من الطبيب النفسي. وتحدث خامس عن ابن عمه الذي كان يعاني توتراً نفسياً، والذي قد تمت رؤيته من قبل معالج ديني كان قد استفاد منه. وبين هذا المقابل بأنه سيقدم نصيحة لأي من أقاربه الذين هم بحاجة للإرشاد بالرجوع إلى القرآن: «باعتباري مسلماً فإن القرآن يمكن أن يكون مساعداً في أي مشكلة نفسية. لهذا، أنا أنصح الأقارب المصابين بالقلق بقراءة القرآن وأن يحاولوا أن يفهموا موقفهم على ضوء هذا الكتاب العظيم. فإذا كان هذا القريب يشعر أنه مذنب في عمل خطأ ما، فمن الممكن أن يجد في القرآن الكريم أن الإنسان ضعيف، والله سبحانه وتعالى يصفح عن هؤلاء الذين يرتكبون أعمالاً سيئة ثم يرجعون إليه».

ثالثاً: مفاهيم الإرشاد النفسي

من تفحص وثائق المقابلة تبين بأن هناك زوايا مختلفة يمكن أن يفهم من خلالها المقابلون فكرة الإرشاد النفسي، ومن ضمنها دور المرشد. أربعة من المقابليين ركزوا على طبيعة المشكلة أو الاهتمام الذي يمكن أن يتطلب إرشاداً. ويرى أحدهم أن الإرشاد مهم إذا كان الاهتمام نفسياً تماماً: «يكون الإرشاد أساسياً إذا كانت المشكلة نفسية، وبهذا فإنه سيقصر طريق العلاج». واعتقد الشخص الثاني بأن المرشدين النفسيين لا يتمكنون من مساعدة الفرد الذي يعاني مشاكل نفسية ليتحسن. وأكثر من ذلك، يتصور بأن طلب الإرشاد النفسي صعب ويسبب له وصمة عار: «فكرة الاضطراب النفسي لا تعالج

كقضية الأمراض وأنه يفهم بأن الشخص الذي يعاني اضطراباً نفسياً من المحتمل أن لا يشفى تماماً، حتى ولو شاهده المرشد المتخصص. كذلك ليس من السهل أن تقنع نفسك بأن لديك مشكلة نفسية ويجب أن ترى مرشداً، فإن تعمل ذلك، يجب أن تعرف بأن ذلك طريق ذو اتجاه واحد».

وأكد المقابل الثالث دور الأقارب والزملاء والأصدقاء في معالجة القضايا الشخصية. فقد قال إذا أصبحت الأشياء معقدة فإنه يمكن أن يطلب الإرشاد: «ببساطة، أنا لم أستشر أبداً أي طبيب نفسي، أو أي محلل نفسي. رغم أنني قرأت كتباً في علم النفس والطب النفسي خلال سنواتي الجامعية وبعدها، فإني لم أشعر بأن هناك دوراً مهماً للإرشاد في المجتمع. أنا ما زلت مقتنعاً بأن هؤلاء الاختصاصيين لن يكونوا مستعدين لتقديم دعم أفضل من الذي يفعله الأب أو الأم أو الصديق. وذلك بسبب كونهم أقرب إلى المشكلة التي يواجهها الفرد. في بيئة العمل، مثلاً، يمكن للزميل أن يدعمني أفضل من المتخصص النفسي بسبب كونه يواجه نفس الصعوبات. كذلك، الأب يكون قادراً على فهم مشاكل ابنه. وهذا لا يعني بأن هناك أناساً لا يمكن أن تكون لديهم حاجة للإرشاد. فمن الممكن في المستقبل وتحت ظروف مختلفة أن أحتاج لذلك. وأنا لم يكن لدي اعتراضات لعمل ذلك في الماضي أو في المستقبل، فأنا لم أواجه أبداً مشكلة تحتاج إلى إرشاد».

ويتصور المقابل الرابع بأن طلب الإرشاد يعتمد على مستوى وحجم المشكلة: «انه يعتمد على المشكلة، فإن كانت مشكلة ثانوية، فقد استشير صديقاً، لكن إذا كانت مشكلة رئيسية فقد استشير متخصصاً».

ويشكك مقابل آخر في صدقية الإرشاد: «أنا أعتقد بأن الإرشاد ليس علاجاً محددًا ولكنه يقدم اتجاهات عامة. أنا أعتقد بأن الشخص الذي جرب مشكلة مشابهة يكون أكثر مساعدة من المرشد، لأن المرشد قد لا يفهم بشكل كامل الظروف التي تسببت في هذه المشكلة».

وقد ركز ثلاثة من المقابليين على مؤهلات المرشدين وعلى نوعية الإرشاد. وأكد المقابل الأول على صفات معينة مطلوبة في الإرشاد مثل الثقة: «إذا وجب علي وضع نفسي في موقف إرشادي، فيمكن أن أتأمل بأنني حصلت على ذلك النوع من النصح من شخص أو لجنة يمكن الذهاب إليهم شريطة أن يحافظوا على سرية مشكلتي الشخصية. وفي الوقت نفسه يعطيني نصيحة كصديق ويحتفظ لنفسه بكافة الجوانب التي تخصني وخلفيتي. أنا

أرغب بتوفر مثل هذه الخدمة إن كانت تأتي من خلال الإرشاد».

وتحدث الثاني منهم بأن أي تحصيل من الإرشاد يمكن أن يعتمد على تدريب المرشد ومعرفته: «أنا أعتقد، اعتماداً على الخلفية النفسية والتربوية، أن المرشد سوف يكون على استعداد لتقديم شيء معين ليس لدي علم به، وأنا بالتأكيد أنتفع منه وذلك تماماً مثل الذهاب إلى أي طبيب بشري».

وأكد الثالث على كيفية إدراكه لمنهجية الإرشاد بحيث تكون كما يلي: «أنا أعتقد أن على المرشد أن يبني الثقة في البداية لكي يمكن لك أن تشعر بارتياح عندما تتعامل معه. يجب أن يجمع المرشد أولاً معلومات حول مراجعيه، وخلفيتهم، وصعوباتهم. كذلك يمكن أن تكون لديه فكرة واضحة حول العميل. بعد ذلك، يجب عليه أن يبدأ تخطيط استراتيجياته لكيفية المساعدة. وببساطة، يجب أن يكون المرشد مؤهلاً بشكل جيد».

وينظر اثنان من المقابليين إلى الإرشاد بشكل إيجابي ويعتبرونه خدمة ضرورية. وذكر واحد منهما ذلك على أساس ما يتوقعه من المرشد: «يمكن لي أن أتوقع بأن المرشد قد يساعدني، ويلقي الضوء على مشكلتي التي يمكن أن أكون غير واع لها. فيمكن أن يؤثر في إظهار شعوري حول مشكلتي، ويمكن أن يشجعني على تبني حلول معينة لها. ويمكن أن أعزو مشكلتي إلى أسباب قد لا تكون حقيقية. فأنا أتوقع أن بإمكان المختص أن يعطيني بعض المدخلات ومن ثم يساعدني في كيفية التخلص من المشكلة».

ووضح الثاني الحاجة إلى الإرشاد في المجتمع بشكل أكبر: «بعض الناس يعتقدون بأن المسلمين لا يحتاجون إلى إرشاد، ولكن أنا أعتقد بأن من الخطأ أن نفكر كذلك. هذا يمكن أن يكون حقيقة إذا كان المجتمع المسلم مثالياً، وفي الحقيقة هو ليس كذلك».

وتحدث أحد المقابليين عن الطريقة التي ينظر من خلالها إلى المرشد في المدرسة الرسمية، فقال: «دور المرشد في المدارس العامة (الحكومية) محدد في تنظيم رحلات بدرجة أساسية للهيئة التدريسية وأحياناً للطلاب. إنه يشبه الدور الترفيهي بدلاً من أن يكون دور مساعده. أنا لم أشاهد مرشداً مؤهلاً في مدرسة يمكنه المساعدة في تخليص الأطفال من مشاكلهم».

وقد سئل بعض المقابليين حول ما يرونه من اختلافات بين الأجيال القديمة والحالية حول النظرة إلى الإرشاد والعلاج النفسي. وكانت إجاباتهم

متباينة وغطت هذه القضية مختلف التصورات.

ورأى أحد المقابلين بأن طلب النصيحة من الكبير كان تقليدياً يمكن أن يرى كأساس للإرشاد. وقد شرح ذلك بقوله: «إذا ذهبت إلى خط البداية، فيمكن أن تقول إن الإرشاد هو طلب النصيحة، طلب النصيحة تقليدي جداً. طلب النصيحة من الشخص الكبير لأنه أكثر خبرة. إن أرضية الإرشاد موجودة في حياتنا اليومية ولكنها صنفت كإرشاد. ويمكن أن يكون هذا طريقاً آخر يوضع أمام عموم الناس مع تأكيد حقيقة أن يكون المرشد مؤهلاً، مدرباً أو متخصصاً في الإرشاد الاجتماعي، الأكاديمي أو الشخصي».

واعتقد مقابل آخر بأن أفراد الجيل السعودي القديم حاولوا معالجة مشاكلهم الشخصية في ما بينهم ولهذا فإنهم مالوا إلى فهم أقل عن الإرشاد والعلاج النفسي بالمقارنة مع جيل الشباب. فقد قال هذا المقابل: «في حالة الجيل القديم، هم يشعرون بأنهم يقاومون طلب المساعدة المهنية وهم يعالجون المشاكل بشكل شخصي، ويحددون استشاراتهم بهؤلاء القريبين لهم فقط. هذا من وجهة نظري، إذ يعود إلى قصور في فهمهم لدور المعالج النفسي. وفي حالة الجيل الحالي، لا أعتقد أن لديهم المشكلة نفسها».

ولدى مقابل آخر وجهة نظر مماثلة. فقد قال: «لم تكن مفاهيم الإرشاد والعلاج النفسي معروفة لدى الجيل القديم. وحتى عشر سنوات مضت، لم يكن هنالك سوى عيادة طبية واحدة فقط في مدينتي. وكذلك الجيل القديم لم يضع إيماناً كبيراً في الإرشاد كوسيلة مؤثرة للعلاج».

وعلى الرغم من أن المقابل التالي كان على اتفاق مع المقابلين السابقين، وذلك بأن الجيل السعودي القديم يفهم قليلاً في العلاج النفسي، فقد أشار إلى أن الجيل السعودي الشاب ما زال متردداً في طلب المساعدة الإرشادية. وقد شرح ذلك بقوله: «أنا أعتقد بأن هناك بعض التحسن في جيل الشباب في حين أن جيل القداماء ما زال يتوجه نحو رفض فكرة طلب الإرشاد. وجيل الشباب هو أكثر فهماً، ولكن ما زال الناس مترددين وهذا يعود إلى الصورة السيئة التي أعطيت للإرشاد. خصوصاً في برامج التلفاز».

وفي مقارنة بين أجيال الشباب والقداماء من السعوديين، المقابل اللاحق وضح النقطة بأن الكبير يقتنع فقط بالطرق الدينية للعلاج. واستمر في شرح الاختلاف بين الجيلين بخصوص الإرشاد بأنه يعود بدرجة أساسية إلى عامل الوعي. وهنا يظهر كيف وصفها: «في الحقيقة هناك اختلاف، الجيل الأكبر

اعتاد على الاعتقاد بأن الوسائل الحديثة للعلاج لا تكون بكفاءة الوسائل الدينية الأخرى، وجيل الشباب أخذ يصبح أكثر وعياً حول الإرشاد وفاعليته. هذا يرجع إلى أن المسؤولين يهتمون بإشاعة الفهم العام حول المسائل الجديدة لمعالجة المشاكل النفسية بشكل خاص. عموماً، يمكن القول بأن الاختلاف هو نتيجة وعي جيل الشباب».

والنقطة نفسها قد أكدها مقابل آخر: «أنا أتوقع بأن الجيل القديم لا يفهم مفهوم العلاج النفسي، وهو يميل لطلب النصح من الكبار، ومن العلماء الدينيين في قضايا تعود إلى الأزمات العائلية، والاختلاف بين المجموعات أو الأفراد».

وكذلك أكد المقابل الحقيقة بأن الجيل القديم لا يفهم الإرشاد وكذلك الجيل الجديد. وقدم شرحاً لذلك، فقال: «الجيل القديم، أنا أعتقد أنه لا يؤمن بالخدمات مثل الإرشاد، وذلك لأنه إذا حصلت له مشاكل يحاول حلها من زاوية دينية. كمثال، إذا شخص ما تورط بمشاكل جنسية فسوف يقال له الله سوف يسامحك وكذلك لا يسمح لك بعمل ذلك، وذلك سوف يعالج المشكلة. أنا لا أعرف كيف تفكر الأجيال السعودية الجديدة في الإرشاد ولكن إذا ثقفوا حول الإرشاد من الأيام المبكرة للمدرسة، فإنهم سيفهمون الإرشاد بشكل مختلف عن الجيل القديم. وأعتقد أنه سيكون لهم رد فعل إيجابي بخصوصه».

أحد المقابليين ناقش ذلك بقوله على الرغم من أن الجيل الجديد عرف كثيراً عن الإرشاد، فإن الجيل القديم يعرف عن ذلك أيضاً «بشكل طبيعي وفطري». وقد شرح ذلك بقوله إن الإرشاد الذي تعرفه اليوم، قد استند إلى فلسفة غربية يمكن رؤيتها كنتيجة لمجموعة من الحضارات من ضمنها الإسلامية. لهذا، ليس مدهشاً أن ترى الأفراد في الجيل القديم من خلال طبيعتهم كمسلمين، لديهم مجالات الإرشاد في عملهم النفسي. وبكلمات المقابل: «هذا سؤال صعب جداً، وأنا لا أستطيع الإجابة عنه. إذا كانت هناك اختلافات فإنها تعود إلى حقيقة أن أغلب النظريات تعتمد على الدراسات، والتي هي بدورها تركز على الحضارات الأخرى بما فيها الإسلامية. الجيل القديم، بطبيعته، يفهم جوانب الإرشاد، وكمثال على ذلك، هم يمكن أن يعرفوا في ما إذا كان شخص ما مكتئباً ويحتاج إلى دعم، أو شخص ما بحاجة إلى أن يكون قريباً من الله. أفراد الجيل الجديد

لديهم معرفة كبيرة حول الإرشاد ويرجع ذلك إلى التعليم».

وباتفاق مع أكثر الذين تمت مقابلتهم، اعتقد هذا المقابل بأن الجيل الجديد عرف الكثير حول الإرشاد، وأن ذلك الجيل القديم يطلب الإرشاد عند علاج المس والجنون. وقد شرح ذلك: «الفهم يتغير، هناك كثير من القبول للعلاج النفسي بين أفراد الجيل الجديد ولكن إلى أي مدى؟ الآن على الأغلب أسبوعياً أنت تجد في الصحف السعودية أو المجالات إعلانات حول الاختصاصيين النفسانيين أو الأطباء النفسانيين الذين يزورون هذا المستشفى أو ذلك. الجيل القديم لم يقبل العلاج النفسي بسبب ارتباطه بالحاجة للإرشاد الذي له علاقات بالجنون». وتحدث أحد المقابلين أنه نتيجة للتغيرات في القيم العائلية في المجتمع السعودي، فقد أصبحت الحاجة إلى الإرشاد اليوم أكثر وضوحاً مما كانت عليه في الماضي. ولذلك فإن هذه الحقيقة يمكن أن تكون قد قدمت إدراكات مختلفة بخصوص الإرشاد والعلاج النفسي بين جيل الشباب وكبار السن السعوديين. وقد وضح موقفه كما يلي: «في الماضي، كانت الروابط العائلية أقوى مما هي الآن. اعتادت العائلة لعب دور الإرشاد بدون وجود خدمات لذلك. وفي اعتقادي أن معظم المشاكل النفسية تظهر عندما يحاول الشخص معالجتها بنفسه. الآن، الشعور بالوحداية هو المعيار. التركيب العائلي ليس سهلاً كما اعتيد عليه. لهذا، يشعر الجيل الشاب بالحاجة إلى الخدمات الإرشادية أكثر من الجيل القديم».

ووضع أحد المقابلين معياراً للمقارنة بين إدراكات الجيل القديم والجيل الحديث. وقد اعتقد بأن الجيل القديم ليس كالجيل الجديد إذ أنه لم يتمكن من التفريق بين الأمراض البدنية والنفسية. فهم يميلون إلى اللجوء إلى الطرق الدينية لفرض العلاج. وقد شرح ذلك قائلاً: «أعتقد أن الجيل القديم لا يعرف شيئاً عن الإرشاد النفسي. كلهم يعرفون عن الجانب الجسماني، ولكنهم لا يعتقدون بما يدعى بعلم الأمراض النفسية. فإذا اشتكى أحدهم من عارض غير جسماني فإن التفسير الوحيد لذلك هو القدرة الميتافيزيقية مثل «الجن». في هذه الحالة يمكن أن يذهبوا إلى المعالج لمعالجة المريض، والذي في الأغلب يستخدم آيات من القرآن الكريم بحيث تقرأ هذه الآيات على كأس من الماء فيعطى للمريض ليشربه. وقد يكون هذا مفيداً في بعض الحالات. أما جيل الشباب - وخصوصاً هؤلاء المتعلمين الذين يعرفون عن الطب النفسي من خلال الطلاب الذين يتخصصون في هذا المجال - فهم مدركون للاختلاف بين ما هو مرض بدني وما هو مرض نفسي. وأؤكد أن، «الجيل الشاب» كما

أفهمه هو هؤلاء المتعلمون. وليس من هم في فئة عمرية معينة. فمعياري هنا يكون «التعليم» وليس «العمر».

رابعاً: مقارنة الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة والعربية السعودية

١ - معرفة الخدمات الإرشادية في العربية السعودية

ذكرت غالبية المقابلين (تسعة من أحد عشر) بأن معرفتها قليلة بالخدمات الإرشادية في العربية السعودية. الأمثلة التالية تعطي مؤشراً على مستوياتها المعرفية: «معرفتي قليلة جداً لأن أهمية المتخصص النفسي لا يدركها كثير من الناس في مجتمعنا. وهذا لا يعني أنه لا يوجد مشاكل نفسية، فمعظم هذه المشاكل ليست ظاهرة. ولكن عندما يقال لا توجد شكوى فإن هذا لا يعني غياب المرض. هناك بعض الأعراض تكون أعظم من المرض نفسه. مثل هذه الأعراض يمكن أن يكون نفسية وبعضها الآخر يمكن أن يكون غير ذلك».

- «أنا لا أعرف في ما إذا كان هناك عيادات إرشادية في الجامعات لكن بعض الجامعات لديها علاقات مع المستشفيات. ولهذا، فإن الخدمات الإرشادية في هذه المستشفيات هي سهلة المنال للجامعات. وأنا لا أعرف إذا كان عمل المرشد الطلابي في الجامعات هو تقديم إرشاد بشكل جيد، لكنني أعرف أن بعض المستشفيات لديها مراكز إرشادية تهتم بمشاكل المخدرات التي تعود إلى أسباب يمكن تشخيصها».

- «أنا أعرف حول النصح الأكاديمي (الإرشاد) في المدارس والذي هو محدد فقط بتنظيم رحلات ونشاطات اجتماعية أخرى. ولكن إرشاد الطلاب ومحاولة حل مشاكلهم تبدو مهملة. أما بالنسبة إلى الإرشاد في المستشفيات والعيادات الخاصة، فأنا لا أعرف كثيراً حولها. أنا أعرف بأن معظم العلاجات الطبية المستخدمة للتخلص من المشاكل النفسية تشمل المخدرات والحبوب، ولا اتفق مع إعطاء مثل هذه العلاجات».

- «حسب اهتماماتي، استطيع القول بأن الخدمات الإرشادية هي في المستشفيات بشكل رئيس. أما في الوزارات وبقية المؤسسات الحكومية، فإن الخدمات الإرشادية محدودة جداً. ولا أعرف عن الخدمات الإرشادية في الجامعات».

- «أنا لا أعرف إلا القليل جداً وذلك لأن أياً من أفراد عائلتي المباشرين لم يجرب المشكلة وضرورة الإرشاد لمعالجتها. ولكن أعرف صديقاً دخل إلى المركز الإرشادي في أرامكو (شركة النفط العربية الأمريكية) وقمت بزيارته. وأخبرني صديق آخر عن أخيه الذي دخل مستشفى العلاج النفسي، ولم يكن الأخير يعرف عن ذلك. خلال أيام الدراسة في عام ١٩٧٦، لم يكن هناك إرشاد كما هو الحال في هذه الأيام، فأنا لا أعرف فيما إذا كان الإرشاد معروفاً».

- «دعني أبدأ من المدرسة. في المرحلة الابتدائية والمرحلة المتوسطة لم أسمع أبداً عن الإرشاد أو مرشدي الطلبة. في المدرسة الثانوية كنا قد أخبرنا بوجود المرشد الطلابي ولكن لم أعرف في ما إذا كان هذا المرشد شخصاً مختصاً. فقد اختاروا مدرس الدين ليقوم بعمل المرشد.

(أنا درست في المدرسة الثانوية التي أكدت دور الدين). بعض الأوقات كانوا يختارون مدرساً مرغوباً جداً من قبل الطلاب كمرشد. هذه الطريقة جيدة بسبب كون الطالب في هذه المرحلة يحتاج إلى بعض الأشخاص للاستماع إلى اهتماماته، ومعالجة صعوباته في محيط المدرسة، ولا أعتقد أن مثل هذا الشخص كان يدعى مرشداً نفسياً. اعتقد أنهم كانوا يخاطبونه بأنه «مرشد اجتماعي».

- «كل ما أعرفه أن هناك مرشدين في المملكة العربية السعودية لم يكونوا بالضرورة متخصصين في علم النفس، كما في مؤسسات الصحة النفسية. أنا أعرف بأن مستشفى شهرار في الطائف يستقبل حالات مرضية صعبة مثل حالة الشاعر الهاجس الذي بقي في المستشفى حتى وفاته. وأنا أعرف أيضاً بأن مستشفى الأمل كان مخصصاً لمرضى المخدرات».

- «أنا أعرف مديرية الصحة النفسية، وأعرف أن هنالك بعض الوحدات أو المستشفيات بالإضافة إلى الأقسام التابعة للمستشفيات مثل مستشفى الملك خالد. أنا أعرف عن الخدمات الإرشادية وكيف يمكن أن أصل إليها».

- «لا أقدر أن أقول إن هناك إرشاداً في المملكة العربية السعودية، فقد يكون هذا موجوداً فقط في المستشفيات المتخصصة التي يتم فيها إرشاد مدمني المخدرات. ولم يزل الناس بطريقة أو بأخرى بعيدين عن قبول دور المرشد».

- «عندما كنت طالباً وعدت إلى بيتي، لم أكن واعياً بأن (المرشد

الطلاي) مؤهل لمعالجة القضايا النفسية . اعتقدت أنه فقط يتعامل مع مشكلات الأداء الأكاديمي ، أو الغياب عن المدرسة» .

وذكر أحد المقابليين جهله التام بالخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية . وقد بيّن بأنه لأول مرة عرف عن هذه الخدمات من خلال المقابلة .

«نعم ، لا أعرف كثيراً . هذه أول مرة أعرف بأن هذه المؤسسات موجودة» . وتحدث مقابل آخر بأنه عرف عن وجود مثل هذه الخدمات ولكن تساءل عن نوعيتها : «أنا أعرف بأن هذه الخدمات موجودة ومتوفرة ، ولكن لا أعرف شيئاً عن نوعيتها» .

٢ - معرفة الإرشاد في المملكة المتحدة

سنة من أحد عشر من الأشخاص الذين تمت مقابلتهم ذكروا بأن لديهم نقصاً في المعرفة بخصوص الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة . وفي ما يلي توضيحات لاستجاباتهم :

- «أنا حقيقة غير مدرك لمثل هذه الخدمات» .
- «أنا لا أعرف كثيراً عن الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة» .
- «أنا لا أعرف كثيراً بسبب كون فترة إقامتي في المملكة المتحدة ثلاث سنوات ولم أحتج أو أي من أفراد أسرتي لمشاهدة لمرشد» .
- «أنا لا أعرف عن الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة» .
- «أنا لا أعرف بسبب عدم حاجتي لها» .
- «إذا احتجت لها أستطيع أن أذهب إلى مركز الإرشاد الطلاي في نادي الطلبة وأسأل عن المعلومات المطلوبة» .
- وبيّن خمسة من المقابليين أن لديهم بعض المعرفة عن الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة . وهذا ما قالوه :
- «أنا أعرف عن مثل هذه الخدمات في المملكة المتحدة من خلال التلفاز أو بعض الأصدقاء المتخصصين في هذا المجال . المعالج النفسي ليس أقل أهمية من الطبيب في المجالات الأخرى» .
- «أنا في المملكة المتحدة منذ ما يقارب سنة كاملة . أعرف بأن هنالك

مركزاً للنصح الإرشادي في الجامعة. وكذلك أعرف من خلال الإعلام، بأن هنالك عيادات ومراكز وجمعيات مختلفة للإرشاد. هنالك جمعيات تهتم بالكبار والمشردين ومدمني المخدرات... الخ».

- «أنا أعرف بأن لديها هواتف يمكن الاتصال بها دون مقابل، وأذكر أي استخدمتها عندما أتيت بسبب مواجهتي لبعض المشاكل الأكاديمية».

- «أنا أعرف بأن الطبيب العام (طبيب الأسرة) هو الشخص الذي يقرر ما إذا كان أي طالب يحتاج إلى مرشد متخصص وكيفية ذلك. وفي المذياع أصغي في بعض الأوقات «لحديث مذياع المملكة المتحدة» وعندما يتحدث هؤلاء الناس عن مشاكلهم ومن بينها المشاكل النفسية. وفي التلفاز أنا شاهدت إعلانات عن مرشدين اختصاصيين في مجالات معينة. ويمكن أن يكون دليل الهاتف مصدراً إذا احتجت إلى خدمات».

- «أنا لدي رغبة لمعرفة كيفية الوصول إلى الخدمات الصحيحة من خلال الطبيب العام أو من خلال دليل الهاتف، أو ببساطة قد أكلم العامل في استعلامات الهواتف لأجد ما أريد». لقد سألت الذين قابلتهم إن كانت لديهم رغبة للأخذ بالاعتبار نصيح الطالب السعودي في المملكة المتحدة الذي يواجه مشاكل نفسية، أكاديمية أو شخصية لطلب مساعدة خاصة. وكانت اجابتهم متباينة. قال أحدهم إذا كانت تلك قضية أكاديمية، فهو لا ينصح بأخذ الخيار الإرشادي: «إنها تعتمد على الموقف. إذا لم يكن الأمر جدياً، فلا أرغب بنصحه بمقابلة المرشد بسبب كون الطلاب يشكون أحياناً من المشاكل الأكاديمية وهذا شيء اعتيادي».

مقابل آخر قال هو ممكن أن ينصح زميله الطالب السعودي بطلب الإرشاد، فقط إذا كان المرشد يتحدث العربية: «إذا كان المرشد انكليزياً أو حتى لو كان انكليزياً مسلماً، فلا. أنا لا يمكن أن أنصح زميلي الطالب برؤيته بسبب الاختلافات الثقافية بيننا وبينهم. ولا أعتقد بأنهم يتمكنون من فهمنا بسهولة، على الرغم من أنهم متخصصون هنا، فإن دور العامل الثقافي يبقى حيوياً. أما إذا كان المرشد سعودياً أو على الأقل عربياً، فقد أنصح هذا الطالب برؤيته. وإذا كانت المشكلة من النوع الأكاديمي، فإن الطالب يستطيع دائماً إيجاد حل في الجامعة. أما إذا كانت المشكلة جسمية فإن المتخصص الانكليزي يمكن أن يعالجها».

مقابل آخر تحدث بشكل مشابه؛ فقال: «هذا الأمر يعتمد على نوع

مشكلته، فإذا كانت مشكلته أكاديمية، فهذا يتطلب منه الذهاب إلى الشخص المناسب في المدرسة (الجامعة). وإذا كانت قضية عائلية فسوف أكون متردداً في تقديم النصح له برؤية مرشد انكليزي. وإذا كان هناك مرشد من الثقافة نفسها فإني أرغب بذلك، وذلك لأن مثل هذا المرشد سوف يكون قادراً على فهم من أين جاء هذا الطالب».

٣ - مقارنة الخدمات الإرشادية بين المملكة المتحدة والعربية السعودية

سألت جميع المقابليين الأحد عشر عن المقارنة بين الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة أو في الغرب بشكل عام والخدمات الإرشادية في العربية السعودية، فقدموا أجوبة متباينة في رد فعلهم على هذا السؤال. خمسة من هؤلاء وجدوا إجراء مثل هذه المقارنة صعباً جداً وذلك يعود ببساطة إلى نقص في المعرفة الضرورية لعمل ذلك. أول ثلاثة منهم بينوا بشكل مباشر بأن لديهم معلومات كافية لعمل مثل هذه المقارنة. وما يلي يبين رأيهم في ذلك:

- «أنا لا أستطيع عمل مقارنة بين الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية والمملكة المتحدة لأنني لا أعرف عن الإرشاد في المملكة المتحدة».

- «لا أقدر على ذلك لأنني لا أعرف كثيراً عن الخدمات الإرشادية هنا في المملكة المتحدة».

- «بسبب عدم امتلاكي الخلفية عن العلاج النفسي والإرشاد في المملكة المتحدة أو في الغرب، فأنا لا أستطيع عمل مقارنة مقبولة بين الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة/الغرب والمملكة العربية السعودية».

المقابل الرابع، وعلى الرغم من قوله بأنه لا يستطيع عمل المقارنة، فقد وجه اللوم إلى الإعلام السعودي لعدم تزويد الناس بالحقائق عن الخدمات الإرشادية. وهو أيضاً قدم مثلاً يؤكد شكواه: «أنا لا أستطيع، لأن صورة الخدمات الإرشادية غير واضحة في المملكة العربية السعودية. فقد حطم الإعلام صورة المؤسسات الصحية النفسية لدى المجتمع. ومثال على ذلك ما قدمته مجلة البمامة ذات مرة. فقد قدمت تقريراً سلبياً جداً عن مستشفى شهر. أنا أعتقد بأن أي شخص يقرأه سيقول أغلقوا المستشفى».

وكذلك بين المقابل الخامس أنه تنقصه الخبرة، وبذلك يكون من الصعوبة عليه مقارنة هذه الخدمات في البلدين. على كل حال، فقد قال بأن التحدي الذي واجه المرشدين والنفسانيين في السعودية يكمن في محاولة تطبيق

النظريات الغربية عندما يرشدون شخصاً سعودياً. فيمكن للشخص أن يرى بشكل جيد معالماً تقليدياً أو معالماً دينياً خلال فصل الإرشاد. لقد أدرك هذا المقابل بأن هذه المصاعب قد لا تواجه المرشدين الغربيين: «من الصعوبة علي الحكم بسبب نقص الخبرة لدي. أنا أفهم بأن طلاب علم النفس في المملكة العربية السعودية يستخدمون مصادر غربية. ففي هذا الإطار، أنا لا أعتقد بأن هنالك اختلافات كبيرة، فالمعالجون النفسيون في المملكة العربية السعودية يمكن أن يكونوا مرنين بقبول معالجة بعض الناس باستخدام الطريقة الغربية للعلاج النفسي، وفي الوقت نفسه، يوافقون على أن يرى ذلك الشخص المعالج التقليدي. ولا أعتقد بوجود ذلك في الغرب».

ويدرك أحد المقابلين بأن الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة معقدة إذا ما قورنت بالتي في الولايات المتحدة الأمريكية. أما بخصوص الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية، فهو يعتقد بأنها موجودة فقط في مجال الإدمان على المخدرات. وصاغ المقارنة على هذا النحو: «حقيقة أنا لا أعرف عن الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة. لكن أشعر أنها معقدة عند مقارنتها مع تلك الموجودة في الولايات المتحدة الأمريكية. جميع الخدمات الإرشادية التي تشاهدها في التلفاز أو تسمع عنها هنا في المملكة المتحدة تعود إلى المخدرات وحالات الاغتصاب. في أمريكا الإرشاد شائع إلى المدى الذي يمكن لك أن تجد معلومات عنه في محلات بيع الصحف والمجلات. ففي المملكة المتحدة الإرشاد غير شائع كما في الولايات المتحدة الأمريكية. أما في المملكة العربية السعودية فلست على علم بوجود الخدمات الإرشادية. أنا لا أستطيع القول بأن هنالك إرشاداً في المملكة العربية السعودية عدا ما هو في المستشفيات المتخصصة التي يوجد فيها إرشاد للمدمنين على المخدرات. فما يزال الناس بعيدين عن قبول دور المرشد».

وأكد مقابل آخر العامل الديني عندما قارن بين نوعي الخدمات. فقد اعتبر أن الدين عامل مهم في تناول التوترات النفسية وفهم الخدمات الإرشادية. وناقش ذلك بقوله: «يكون العامل الديني حاسماً في هذه القضية. ففي الغرب عندما يعاني الشخص توترات نفسية فقد تدفعه هذه التوترات إلى الانتحار إذا لم تعالج مشكلته، أما في مجتمعنا فالإرشاد هو ظاهرة طبيعية بسبب قوة التركيب الاجتماعي الذي يعيشه المجتمع. الانتحار هو خارج عن نطاق تعاملنا. فهذا بدوره بين نقصاً في وعي دور المعالج النفسي».

وتحدث أربعة مقابلين عن تقديم الخدمات الإرشادية الغربية بشكل متفوق. وبيّن أحدهم بأنه لا يوجد هنالك تشابهات بين الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة/الغرب وتلك التي في المملكة العربية السعودية. فقد أكد دور الإعلام في المملكة المتحدة في نشر مفاهيم الإرشاد. وقد شرح ذلك قائلاً: «في المملكة المتحدة، أنا أعتقد أن المشاكل النفسية شائعة ومشخصة، بينما في المملكة العربية السعودية مفهوم علم النفس بشكل عام غير مشخص بشكل جيد. هذه القضية حساسة جداً في المملكة العربية السعودية، وخصوصاً في المناطق الريفية التي يغيب عنها الشفاء التام من المشاكل النفسية. إن وعي الناس في المملكة المتحدة بخصوص المشاكل أفضل كثيراً من وعي السعوديين. في المملكة المتحدة، يلعب الإعلام دوراً مهماً في إشاعة مفاهيم الإرشاد والعلاج النفسي. وأنا لا أعتقد بأن هنالك تشابهاً بين الخدمات الإرشادية في البلدين بسبب كون المجتمعين مختلفين تماماً ثقافياً واجتماعياً».

ووصف المقابل الثاني بالتفصيل الفوائد التي يعتقد بأنها تدعم الخدمات الإرشادية في المملكة المتحدة، وهي غير موجودة في الخدمات الإرشادية السعودية. وفي وصفه قال: «في المملكة المتحدة، هنالك الكثير من الإعلانات حول الإرشاد دائماً في التلفاز والمذياع. فعلى سبيل المثال، خلال عطلة عيد الفصح، هم يعرفون بأن الكثير من الناس يذهبون لممارسة الجنس، لذلك يتحدثون عن ذلك بقولهم مارسوا الجنس بشكل آمن. إذا كان لديك أي اهتمام فهذا رقم تلفون مفتوح، وأن المحادثة ستكون خاصة إذا أنت تواجه مشكلة من وجهة نظر تربوية، نفسية أو صحية، أو إساءة معاملة بين الطلاب الكبار والصغار في المدرسة، فإنهم دائماً يعطون تعميماً لهذه الأشياء، ولكن في المملكة العربية السعودية لا يعملون ذلك».

وأجرى المقابل الثالث مقارنة كذلك بين الوضعين للخدمات بتأكيده على حقيقة أن في المملكة المتحدة المرض العقلي ينظر إليه من قبل الحكومة بشكل مساوٍ للمرض البدني. وهو يتصور بأن الغرب متقدم في المجالات الأخرى للخدمات المقدمة كذلك. وقد قال: «في المملكة المتحدة والغرب بشكل عام، هذه الخدمات متقدمة جداً، فهم يدعمون العلاج النفسي والحكومة البريطانية تتعامل معه مثل أي قضية طبية. الشعب البريطاني على وعي بأهمية الإرشاد. في المملكة العربية السعودية، فهم الناس للإرشاد محدود ما عدا فئة المتعلمين.

الغرب متقدم أكثر في المجالات الأخرى كذلك، مثل الطب، والتعليم، والإدارة... الخ».

أما المقابل الرابع فقد رأى ببساطة تامة بأن الاختلاف الرئيسي بين الخدمات الإرشادية في الغرب والمملكة العربية السعودية يكمن في درجة القبول: «في الغرب، من السهل جداً الحصول على الخدمات الإرشادية أو أي خدمات أخرى. في العربية السعودية الأمور ليست بهذه السهولة».

خامساً: الطريق إلى أمام:

اقتراحات لتطوير الخدمات الإرشادية في العربية السعودية

طلب من المقابلين تقديم اقتراحات وأفكار بخصوص تحسين وتطوير الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية. وقد سئلوا لبيان أفكارهم بخصوص حوارين افتراضيين بالتحديد، هما:

- «إذا قرر رجل الأعمال السعودي إنشاء مركز للإرشاد في مدينتك، فماذا سيكون رد فعلك على هذه الخطوة؟»

- «إذا كانت هنالك هيئة ودورها تطوير الخدمات الإرشادية في العربية السعودية وأنت عضو في هذه الهيئة، فماذا ستكون مخططاتك لتلك الهيئة؟»

وفي ردود فعلهم على هذين السؤالين، وضع جميع المقابلين تأكيداً كبيراً على الحاجة إلى جعل الناس في المملكة العربية السعودية واعين لضرورة الخدمات الإرشادية والتأثير الإيجابي للإرشاد والعلاج النفسي. وبهذا التفكير، فقد قدم هؤلاء بعض الأفكار والاقتراحات بخصوص تنفيذ هذه الفكرة. وناقش أحد المقابلين ذلك مؤكداً ضرورة تعميم الفكرة على عموم المجتمع بخصوص الإرشاد مع الأخذ في الاعتبار تحطيم الصورة المطبوعة في عقولهم بأن علم النفس بصورته العامة والإرشاد بشكل خاص ضد الإسلام. وبكلمات هذا الشخص الذي تمت مقابلاته أورد: «ضع الفكرة أمام عامة المجتمع، ارفع مستوى وعيهم عن الإرشاد بأنه ليس ضد الإسلام. ولكن من سوء الحظ بأن الناس ربطوا علم النفس مع الدين كضدين. وإذا تمكنا من إزالة هذه الفكرة فإن الناس يمكن أن يقبلوا المرشدين والمعالجين النفسانيين لأجل أن يساعدهم. ولكن، قبل ذلك هنالك بعض الصعوبات يجدر تناولها».

واستمر المقابل بالشرح قائلاً: «نحن نخاف أي شيء جديد بسبب كوننا مجتمعاً مغلقاً، وعلم النفس مرتبط بالغرب. فإذا غصنا بعمق في الكتب المكتوبة من قبل المسلمين في الماضي، فسوف نجد الكثير من الأفكار الإرشادية في كيفية معالجة المشاكل، ولكن هذه لم تعتبر أبداً بأنها إرشاد».

وأكد المقابل على أهمية وعي الناس بخصوص الإرشاد، وذهب نحو تقديم أمثلة بأن السعوديين مترددون في قبول أفكار جديدة. ويقال الشيء نفسه بالنسبة إلى حالة تقديم فكرة الإرشاد. وقد شرح ذلك بقوله: «أنا أقدر أن أقول لك في البداية عندما عرف الهاتف، الناس اعتادوا على قول الكثير من القصص لإبعاد الناس عن استخدام الهاتف. وعندما عرف تعليم البنات، فإن غالبية الناس رفضوه بسبب اعتقادهم بأن هذا سوف يبعدهم عن دينهم، ولكن بمرور الوقت أدركوا بأنهم كانوا مخطئين، والآن كل شخص أخذ يتنافس على تعليم بناته».

وعند مناقشة فكرة تأسيس مركز إرشادي في مدينة الشخص الذي تجري مقابله، اعتبر أحد المقابليين أن مثل هذا المركز يجب أن لا يكون ربحياً، ولكن لمساعدة الناس الذين هم بحاجة إلى الإرشاد. وقد قال: «المركز لمثل هذه الخدمات يجب أن يؤسس لغرض وحيد هو لإرشاد الناس وليس المكسب المادي. على الأقل نحن يجب أن نشرح للمجتمع بأن هنالك مشاكل لا بد من تشخيصها والتعامل معها. بشكل عام يجب أن يعمل هذا بواسطة طبيب أو أحد الرموز المعروفة في المجتمع. إضافة إلى ذلك، فإن برامج الإعلام يجب أن تكون متطابقة مع قيمنا، ويجب أن تستخدم إيجابياً عندما نربطها بحياتنا الاجتماعية. المقابلات العامة يجب أن تستخدم كذلك لإشاعة فهم الناس للعلاج النفسي».

اقترح أيضاً تأسيس أماكن للمعالجة النفسية في المدارس والمؤسسات الحكومية. وقد قال: «أنا أعتقد بأن دور المعالج النفسي في المدارس، وبشكل خاص في المتوسطة والثانوية، معدوم على الأغلب. إلا أنها، من فهمي اعتقد أنها المرحلة الأكثر أهمية في حياة أي شخص. ففي هذه المرحلة، تبدأ شخصية الطلاب بالبناء، ولذلك فإن الكثير من التغيرات الجذرية (السيكولوجية والفيزيولوجية) تحدث فيها. هذه التغيرات ولسوء الحظ لم تؤخذ في الاعتبار بشكل جدي. وعلى حد معرفتي، لا أعتقد بأن هنالك أطباء نفسيين في الجامعات أو في الوزارات. ومن خبرتي، أنا وجدت بأن هنالك

بعض الطلاب الذين هم جيدون أكاديمياً ولكن حياتهم الاجتماعية محدودة جداً. بعضهم جيدون في حياتهم الأكاديمية والاجتماعية أيضاً. والآخرون فاشلون في كليهما. أنا لا أعلم إذا كانت مسؤولية الوزارات تعيين أطباء نفسيين. أعتقد أنه من المفيد تعيين أطباء نفسيين في الوزارات والمؤسسات العامة والخاصة الأخرى، وبسبب كون عوامل الشد النفسي والاكنتاب غير محدودة في البيئة الخاصة. فأنا أفضل أن يكثف الإرشاد على مستوى المدارس بدلاً من التركيز على الجوانب الأكاديمية في هذه المرحلة. نحن اعتدنا على وجود موظفين في المدرسة لشؤون اجتماعية ولكن يبدو أن دورهم كان محدوداً في تنظيم الرحلات. الإسلام يدرك أهمية العقل، في الحقيقة الله (سبحانه وتعالى) قد وضعه في الجزء الأعلى من الجسم الإنساني (الرأس). لهذا في المدارس نحن نحتاج إلى شرح للطلبة بأن تحطيم حياة فرد ما ليس سلوك شخص ذي عقلية جيدة. هذا يمكن تعميمه بواسطة متخصص إرشادي في الشؤون الاجتماعية».

وأكد مقابل آخر على مؤهلات المرشد ودور الدين في تأسيس المركز المفترض. وقد قال: «أنا أقترح بأنه يجب على الأطباء النفسيين والمرشدين والمؤهلين أن يكونوا حجر الزاوية للمركز الإرشادي. ويجب أن يؤكد دور الدين».

وعند مسح المشاكل النفسية الشائعة في المملكة العربية السعودية، والتركيز على الشباب، هنالك بعض الأفكار التي اقترحت من قبل مقابل آخر. قال: «أولاً، لا بد من عمل مسح للمشاكل التي من المحتمل أن تكون أكثر حدوثاً. التركيز على الشباب، ومراجعة الحالات القديمة وتقويم النتائج عند معالجتها. وعمل دعاية كافية عن المراكز الإرشادية أو الوحدات وتوفير خط هاتف مفتوح (ساخن) لاستلام تعليقات الناس. واستخدام الإعلام لوضع فكرة الإرشاد أمام عموم الناس».

والمقابل نفسه استمر بتقديم مقترحاته قائلاً: «أنا آمل أن تعمل دعاية أكثر لدور المرشد. أعرف أن صورة المرشد مشوهة بشكل كبير جداً والسبب في ذلك أن الناس يشعرون بتردد لرؤية المرشد نتيجة للدعاية السلبية التي أشيعت حول المرشد: وذلك بأنه غير قادر على معالجة الناس، لأنه لم يحصل على الوسائل والخدمات لمعالجة المشاكل. يعتبر الناس أن الذهاب إلى طبيب عام أمر صحيح على عكس الذهاب إلى الطبيب النفسي».

ويجب دراسة سجلات الجرائم المحلية والاتصال بقيادات المجتمع التي اقترحها أحد المقابلين عندما يؤسس المركز الإرشادي المفترض. فقد اعتقد بضرورة وضع اتجاهات: «من سجلات الجرائم في مكان معين، قيادات المجتمع يمكن أن تساعد بالمعلومات عن أنواع المشاكل التي تواجهها. هذه المؤشرات يمكن أن توفر خطوطاً عريضة لهؤلاء المهتمين بتأسيس المراكز الإرشادية».

وفي شرح أفكاره، فإن المقابل قدم بعض التفاصيل. وذكر: «أولاً، يجب أن يتحسن وعي الناس بالمشاكل النفسية. ليس كل فرد غير سوي نفسياً هو مريض عقلياً. هذا ممكن أن يجري من قبل الإعلام. العيادات المحلية للصحة العامة يمكن أن تستخدم أيضاً للارتقاء بمستوى وعي الناس عن الإرشاد. هذه الطريقة سوف تنشر الخدمات الإرشادية أوتوماتيكياً إلى المناطق الريفية التي هي إلى الآن لم تقدم لها مثل هذه الخدمات الحيوية».

ومقارنة الخدمات الإرشادية في الدول المتقدمة مثل المملكة المتحدة وبحث طبيعة الاهتمامات النفسية للسعوديين قد تم تناولها من قبل مقابل آخر. فوصفها قائلاً: «لدي رغبة في مقارنة الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية بتلك التي في البلدان الأكثر تقدماً في مجال الإرشاد مثل المملكة المتحدة. إضافة إلى ذلك لدراسة نوع المشاكل التي يواجهها السعوديون فيما إذا ورثوها أو استندت إلى خلفيات غير موجودة، كما في المناطق الريفية، على سبيل المثال، إن معظم المشاكل النفسية تعود إلى خطأ المعتقدات، وفوق كل ذلك لا ننسى دور الإسلام في تناول مثل هذه المشكلات».

مقابل آخر، يدعم فكرة تأسيس مراكز إرشادية، اقترح بعض المعايير التي يجدر أخذها بالاعتبار عندما نعمل ذلك، متضمنة الثقة في معلومات الشخص. وقال: «المركز الإرشادي فكرة ممتازة، وأنا أوافق عليها، ولكن أقول بأن هنالك الكثير من المعايير التي يجب أن تؤخذ في الحساب عندما نقوم بتقديم الخدمة. ما يحدث في بلدنا هو أن بعض الناس الذين يحصلون على نقود كثيرة يستثمرونها بدون تخطيط، ولكن الذين يذهبون لتقديم الخدمات هم ليسوا مدربين بشكل ملائم. في حالة الإرشاد هنالك الكثير من المعايير يجب تحقيقها. إذا كنت تعتبر أن الإرشاد يجب أن يقدم لمدمني المخدرات فإنه يجب أن تعرف بأن الناس الذين يعملون في المركز يجب أن يكونوا مدربين بشكل جيد ويعرفون كيف يتعاملون مع مدمني المخدرات

وكيفية إرشادهم. وفي الوقت نفسه، يجب أن تكون لديك خطة لكيفية جعل المعلومات الشخصية سرية. ويجب أن تعمل للمركز نوعاً جيداً من الإعلان. بينما أنا أعرف أن زميلي يتناول المخدرات، أنا أقدر بأمان وبثقة عالية أن أخذه إلى تلك الخدمة، وهو متأكد بأنه سيصبح أفضل حالاً، وليس أسوأ حالاً. ولكي أتأكد من أنه مستمر فسوف يكون شخصاً أفضل. وعندما يترك يكون شخصاً سيئاً يرجوعه إلى المخدرات. لا بد من حفظ المعلومات بأمان، وبناء الثقة مع المجتمع لكي تمكن الاستجابة ايجابياً لمثل هذه الخدمة».

وعندما تفحصنا أفكاره فإن المقابل استمر بالقول: «سوف يكون هنالك صراع طويل. لن يحدث ذلك في بضعة أشهر أو سنة واحدة أو شيء مثل ذلك. إن ذلك يستلزم فترة ثلاث سنوات لبناء السمعة الجيدة إذا أنت جعلت ثلاثة أو أربعة أفراد أفضل بواسطة الإرشاد فيجدر عمل إعلان عن تلك الحالات، وجذب انتباه الناس إليها. خدماتنا يجب أن تستند إلى الرعاية، وليس الربحية في معالجة هؤلاء الناس وإرشادهم. ويمكن أن نعمل ذلك من خلال حفظ المعلومات حول هؤلاء الأفراد سرية». وجاءت الحساسية من اسم المركز الإرشادي أيضاً من مقابل آخر: «يجب أن يعطى اهتمام كبير عندما نريد أن نسمي المركز. الناس يكونون حساسين لمصطلح «الإرشاد النفسي»، و«الإرشاد» وحده غير كاف بشكل خاص، إنه يمكن «الإرشاد» للطرق أو أي شيء آخر، لهذا إذا أسميت «إرشاداً اجتماعياً» يمكن أن لا يكون له تأثير سلبي في أفكار الناس. اعتقد أن هذه نقطة مهمة. نحن لدينا الكثير من المشاكل في مجتمعنا وان مثل هذه المركز فكرة جيدة».

وفي سياق تقديم أفكار أخرى، فإن المقابل استمر يقول: «أنا أريد أن أؤكد ما يمكن أن يحققه الإرشاد والعلاج النفسي وما لا يمكن تحقيقه. الأمر الآخر الذي أرغب في تأكيده هو المحاولة لإيجاد حلول للمشاكل في المدارس: ليس بعزل الناس الذين يعانون المرض العقلي؛ العناية بالناس الذين يعانون نفسياً وبدنياً. في الماضي إذا كانت العائلة السعودية لديها شخص معاق، فإنهم قد يأخذون هذا الشخص بعيداً. الآن بعض العائلات التي لديها مثل هؤلاء الأشخاص على استعداد لوضعهم في مركز متخصص. إن إقناع الناس بتغيير اتجاهاتهم مشكلة حقيقية. فهنالك الكثير من الطلبات على الطب النفسي في المملكة العربية السعودية. إن الاهتمام العام للمجتمع يجب أن يأتي قبل اهتمامات الفرد. نحن يجب أن نحارب الفساد في القطاعات العامة. لدينا خدمات ممتازة في المستشفيات وأقسام علم النفس، ومعظم العاملين

وخصوصاً الفنيين هم غير سعوديين. معظم مشاكلنا، اعتقد هي إدارية أكثر مما هي نفسية. ومعظم المشاكل في المؤسسات العامة هي شخصية. على سبيل المثال، إذا كنتُ الرئيس فسأرسل أخي أو ابني إلى الخارج للحصول على بعض التدريب بغض النظر عما إذا كان أفضل مرشح لذلك. هذه المشكلة يمكن أن تجدها ليس في خدمات الإرشاد فحسب، وإنما في أي قطاع بالخدمة العامة. النقطة الثانية هي أنه يجب أن نركز انتباهنا على تدريب الاختصاصيين في مجالات الإرشاد وعلم النفس. هذه نقطة جيدة بأن نرسل طلاباً إلى الغرب لدراسة الإرشاد وعلم النفس. وهؤلاء الطلاب يفهمون الثقافة؛ وبنفس الوقت، هم يمكن أن يأخذوا ما هو ملائم من الغرب، ويرفضوا ما هو غير ذلك».

وذكر مقابل آخر بأن المجتمع الذي يجب أن نقبله لديه مشاكل نفسية، وأن هؤلاء المسؤولين الصحيين يجب أن يهتموا بتعليم المجتمع. وبكلمات المقابل: «هنالك طريقتان لتحسينه، أولاً كمجتمع يجب أن نقبل الحقيقة بأن لدينا مشاكل نفسية واجتماعية. لمعالجة هذه المشاكل، علينا رؤية متخصصين. ثانياً، المسؤول الصحي يجب أن يلعب دوراً، والمجتمع يجب أن يكون واعياً لأهمية هذه الخدمات».

واستمر قائلاً: «أولاً، فلتكن لنا وحدات إرشاد نفسي سواء ارتبطت بالمستشفيات أو انفصلت عنها. ثانياً، يجب أن نجري تمييزاً بين المشاكل العقلية المستعصية والمشاكل النفسية والاجتماعية. وهذه مسؤولية الحكومة. ثقف الناس عن هذه الخدمات باستخدام الحملات الإعلامية».

حدد المقابل الترحيب بفكرة إنشاء مراكز إرشادية بقوله إن معظم الأعمال الخيرية في المملكة العربية السعودية تذهب إلى بناء الجوامع ومساعدة المحتاجين، ولكن هنالك مجالات ذات قيمة خيرية أيضاً مثال ذلك تأسيس مراكز إرشادية. وقد وصف ذلك قائلاً: «أنا أرحب بذلك، معظم الناس المتعلمين في المملكة العربية السعودية يرحبون بذلك. المشكلة أننا نحدد الخير في بناء المساجد ومساعدة المحتاجين. هذه الأشياء مهمة، ولكنها ليست الأشياء الوحيدة لعمل الخير».

وعندما دعونه لتوضيح أفكاره استمر بالقول: «خلط المرضى أو المراجعين هي حقيقة مشكلة في المملكة العربية السعودية. أنت يمكن أن تجد أناساً لديهم مشاكل نفسية بسيطة يذهبون إلى المستشفيات بينما نجد آخرين

بحالات مرضية عقلية قاسية يذهبون إلى المستشفيات نفسها. هنالك خلط بين المشاكل النفسية والعقلية. إذا أخذت مستشفى شهر في الطائف كمثال، فهو أول وأقدم مستشفى أمراض نفسية في المملكة العربية السعودية. الجيل السعودي القديم يراه مكافئاً للجنون. فمن المحتمل أن تكون السلطة الصحية هي التي سببت هذه المشكلة».

وحول القبول بفكرة تأسيس مراكز إرشادية، قال أحد المقابلين: «أنا أعتقد بأنها فكرة جيدة. فهم العوامل الاجتماعية مهم. وعلى سبيل المثال، في بعض المناطق الحضرية بالمملكة العربية السعودية، يتحدثون للمرشد عن الطلاق كفضية حساسة، والنساء لا يتمكن من التعبير عن أنفسهن بسهولة. لذا فإن مثل هذه المراكز الإرشادية يمكن أن تواجه صعوبات».

وعندما سئل ماذا يعتقد أن يكون الحل لمثل هذه المشكلات، اقترح: «استشارة الأفراد الكبار المحترمين في كل مجتمع والطلب منهم أن يكونوا جزءاً من فريق الإرشاد».

وتحدث مقابل آخر عن استخدام الجوامع والمدارس والإعلام لتعليم الناس عن الإرشاد.

وهذا ما أراد قوله: «أولاً، علم الناس حول الإرشاد النفسي من خلال الإعلام والمدارس والمتحدثين في الجوامع وهؤلاء الذين لديهم الوسائل للاتصال مع الناس مثل الحكام».

ثانياً، وفر كل الخدمات المتقدمة. حاول أن تعمل مفاهيم مبسطة للإرشاد والعلاج النفسي واحصل على ما هو ملائم وتطبيقي لثقافتنا. أنا سوف أركز على تحسين مستوى الوعي لدى الناس. كذلك لدي رغبة في التركيز على قضية تدريب الاختصاصيين من الثقافة نفسها. هؤلاء هم الذين يفهمون الثقافة والمجتمع».

سادساً: ردود الفعل على الاستبيان

كما بيّنا سابقاً في فصل طريقة البحث، فإن الاستبيان الذي استخدم في هذه الدراسة كان جديداً بسبب كون جميع المقابلين هم طلاب دراسات عليا مثقفين ويدرسون في مختلف البرامج، وقد اعتبر من الملائم سؤالهم للتعليق على ردود فعلهم على الاستبيان الذي تم ملؤه من قبلهم بشكل سابق

للمقابلة، واعتبرت تعليقاتهم مفيدة في الحالة التي يستخدم فيها الاستبيان مرة أخرى لعينة الأفكار والمفاهيم حول الإرشاد والخدمات الإرشادية لمجموعات سعودية أخرى.

وقدم المستجوبون أنواعاً مختلفة من ردود الأفعال للاستبيان، توضح الأمثلة التالية مدى القضايا والنقاط التي أثّرت:

خمسة من المقابليين اعتقدوا بأن الاستبيان كان شاملاً وغطى القضايا التي تناقش الموضوع. وذكر بعضهم تعليقات إضافية. أحدهم ذكر بأن بعض الكلمات تطلبت تغييراً ووضوحاً أكثر للاصطلاحات. وهذا هو ما قاله: «أعتقد بأن بعض الكلمات يحتاج إلى إعادة النظر. كذلك اعتقد بأن هنالك حاجة كبيرة للتفريق بين الإرشاد النفسي والإرشاد الأكاديمي. أنا لا أعتقد بأن ذلك واضح بشكل تام. وكل من يقرأ الاستبيان يميز بأنك مهتم بالخدمات الإرشادية بدلاً من الإرشاد الأكاديمي فقط».

وبيّن مقابل آخر رد فعله كالتالي: «الاستبيان قد غطى معظم المجالات التي يمكن للشخص أن يفكر فيها».

وقال مقابل آخر كان قد أجاب بشكل إيجابي عن الاستبيان: «أنا أتوقع منه أن يغطي قضايا معينة، ولكنني الآن أدركت بأنه حقيقة شاملة حيث تضمن معلومات عن كيفية تحسين الخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية».

ومقابل آخر كان رد فعله إيجابياً قال: «أنا أعتقد بأنه كان شاملاً ويغطي معظم القضايا التي لها علاقة بالعلاج النفسي ولكن بسبب أنه لا أنا ولا أي فرد في العائلة قد جرب المشاكل النفسية لهذا لا يمكنني أن أوضح أكثر من ذلك».

واعتبر مقابل آخر الاستبيان شاملاً، ولكن على الرغم من ذلك طلب إجراء تعريف للاصطلاحات. وقد قال: «إنه كان شاملاً وبسيطاً ولكن ينقصه تعريفاتك للإرشاد النفسي. كان الأمر الثاني عندما تساءل عن تقويمي للخدمات الإرشادية، لم أتمكن من الإجابة بسبب أن ليس لدي خبرة في ذلك. وحتى إذا كانت لدي خبرة في الإرشاد في المملكة العربية السعودية؛ فإن ذلك يبقى تقويماً شخصياً (ذاتياً)».

وقد تدخل أحد المقابليين قائلاً بأنه لم يفهم واحدة من الجمل (في القسم

ج): «أنا لا أوافق بشدة على أن المرشدين والمعالجين النفسانيين هم أقل استقراراً نفسياً من الاختصاصيين الآخرين في الأوضاع الصحية والتربوية، أنا لم أفهم هذه الجملة».

وقال مقابل آخر ليس لديه تعليق ليقدمه: «أنا ليس لدي تعليق بخصوص الاستبيان أو كيفية تحسينه».

واعتقد أحد المقابليين بأن هنالك عنصر التكرار في الاستبيان. وقد أوضحها بالتالي: «أنا ما زلت أعتقد بأن هنالك نوعاً من التداخل بين النقاط في الاستبيان».

قال مقابل آخر: «المطلوب تعريف المصطلحات».

وقدم أحد المقابليين اقتراحاً قائلًا: «أنا لدي اقتراح واحد، وذلك أن تسأل السؤال التالي: «هل تشعر بأنك مرتاح نفسياً عندما تقرأ القرآن؟ أنا أعتقد بأنها فكرة جيدة للكشف عن هذا العامل».

واعتقد مقابل آخر بأن الاستبيان كان طويلاً، وحضور الباحث كان مفضلاً. وقال: «إنه كان طويلاً جداً، لذلك فإن من الممكن أن يكون بعض الطلاب قد انزعجوا وملاؤوه بدون اهتمام. الأمر الآخر كان يمكن أن تكون فكرة جيدة فيما لو كنت حاضراً عندما كان الطلاب يملأون الاستبيان، ويمكن الاجابة عن كل سؤال. المطلوب تعريف للمصطلحات. عدا ذلك، أنا أعتقد أنه استبيان جيد وشامل».

وخلال مرحلة المقابلة، (رد الفعل للاستبيان)، لجأ الباحث إلى توضيح بعض الاجابات للمستجوبين. وهذا مثال على ذلك:

الباحث: في إجابتك عن الرقم (٤٣) للاستبيان، انت اخترت «موافق» لهذه العبارة: الذهاب للمرشد النفسي هي مثل استشارة المرشد الديني. هل لك أن تشرح لي ماذا قصدت بذلك؟

المقابل: «المرشد الديني هو شخص أنت تذهب إليه باستطلاعات بسيطة: «كيف تصلي؟» أو «كيف تصوم؟»... الخ. الأمر نفسه إذا أراد أحد الناس استشارة بخصوص جوانب معينة من حياته الشخصية، فإنه يجب الذهاب إلى مختص، وفي هذه الحالة المرشد النفسي».

الباحث: «الجملة تهدف إلى الكشف عما إذا فكرت بالذهاب لقضية

شخصية أو شكوى إلى مرشد ديني فهي مثل الذهاب بنفس الشكوى إلى مرشد نفسي. اقترحت إجابتك بأنهما الشيء نفسه. وهذا ما أردت توضيحه. هل تعتقد بأنهما الشيء نفسه؟»

المقابل: «كلا، لم أقرأها بهذه الطريقة، أنا قصدت كمسلم، أنا يمكن أن أذهب إلى كلا المرشدين بدون مشكلة».

مثال آخر لتوضيح الجواب كان التالي:

الباحث: «أنت ذكرت البدو، كانوا مشكلة في المجتمع السعودي. ماذا تعني بذلك؟»

المقابل: «أنا أقصد بأن هنالك كثيرين من البدو الذين يعيشون في وسط الجزيرة، وليست لديهم الخدمات الأساسية مثل الكهرباء. لهذا أنا أقترح أن على الحكومة أن تحاول جلبهم للعيش في المدن».

أنجز الفصل عملية عرض النتائج من البيانات التي جمعت للدراسة، وقد تعامل الفصل السابق مع نتائج الاستبيان والفصل الحالي مع المقابلة. والآن من الملائم أن نذهب إلى تفسير النتائج في كلا المصدرين. وهذا هو موضوع الفصل القادم.

الفصل السابع

تفسير النتائج

يتناول هذا الفصل تفسير العمل الميداني الذي نفذ لهذه الدراسة، والذي تم عرضه في الفصلين السابقين. وهنا سوف نسترجع تلك البيانات التي تم التوصل إليها من عينة لـ ٣١٢ طالباً سعودياً (من بينهم ٢٧ طالبة) في بريطانيا باستخدام الاستبيان الذي تم تطويره لهذه الدراسة بشكل خاص. وقد جمعت بيانات إضافية وتكميلية من خلال مقابلات مكثفة نفذت مع أحد عشر شخصاً من مستجوبي الاستبيان الذين تسلموا الدعوة للمقابلة ووافقوا عليها. وتجدر العودة إلى أن الدراسة حددت لنفسها أربعة أهداف هي:

١ - الكشف عن طبيعة الإرشاد والعلاج النفسي في النظرية والممارسة، وبالعلاقتها الخاصة بالخدمات الإرشادية في المملكة العربية السعودية.

٢ - البحث:

أ - في مفاهيم الإرشاد والعلاج النفسي للطلبة السعوديين الذين يدرسون في برامج الدراسات العليا في بريطانيا.

ب - في مدى الخبرات التي يمتلكها الطلبة عن خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية و/أو بريطانيا.

ج - في مدى الدعم؛ إذا كان، بين هؤلاء الطلبة لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية.

د - في القضايا التي يراها الطلبة ذات أهمية للقبول أو الرفض من قبل عموم المجتمع السعودي لتوفيرها أو ربما للتوسع فيها.

٣ - محاولة استخلاص سلسلة من الاقتراحات/التوصيات ذات العلاقة بالخدمات الإرشادية والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية بالنسبة إلى إدراكات المجتمع وموافقته على هذه الخدمات.

٤ - تقدير فائدة أدوات البحث المستخدمة في البحث الحالي لإدراكات الطلبة عن الإرشاد والعلاج النفسي، لإمكانية الاستخدام الواسع في المجتمع السعودي .

وقد تم ترتيب التفسير وفقاً للمحاور الثانوية التالية:

- إدراك الطالب الكلي للإرشاد والعلاج النفسي .
- تأثير الثقافة والتقاليد في المفاهيم .
- مجالات الحاجة المدركة .
- أنواع الناس الذين يفهم بأنهم بحاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي .
- الشكل المثالي للإرشاد .
- تحسين الخدمات الإرشادية - أمرغوب هذا الأمر أم لا؟

وتم اختيار المحاور بعد أن اعتبرت بأنها يمكن أن تقدم التفسير وتساعد على مخاطبة الدوافع الظاهرة أو الكامنة في أهداف الدراسة بطريقة مفيدة .

أولاً: إدراك الطالب الكلي للإرشاد والعلاج النفسي

عند العودة إلى المجتمع المستهدف في العمل الميداني لهذه الدراسة نذكر أنه تم تقريره لطلاب من المملكة العربية السعودية الذين كانوا يدرسون في بريطانيا عام ١٩٩٥، وقد بلغ عددهم ٨٠٠ طالب استناداً إلى تقدير المحققة الثقافية السعودية في لندن. وتم ارسال استبيانات إلى ٤٥٠ طالباً سعودياً، معظمها بواسطة مديري النوادي الطلابية السعودية المحلية في مناطق مختلفة من بريطانيا، وقد أعيد ٣١٢ استبياناً ملئت بشكل كامل، ٢٨٥ من الذكور و٢٧ من الطالبات الإناث، وعنصر الإناث في العينة كان قد أضيف استجابة لطليات من بعض زوجات الطلاب. من ضمن عينة الاستبيان، تطوع ١١ طالباً من الذكور لأجل مقابلتهم. وتم تطوير استبيان من أربعة أجزاء من قبل الباحث لكي يقيس إدراكات الطلبة السعوديين للإرشاد والعلاج النفسي، متضمنة أي خبرة واقعية، والمجالات التي يحتاجها المجتمع السعودي. وتضمنت العبارات غالباً أنواعاً مغلقة النهايات على الرغم من أن عبارات الجزء الأخير كانت مفتوحة النهايات. وقد استدعي الطلاب لعمل ملاحظات عن الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية.

وتضمنت المقابلات التي كانت مكملة للاستبيان بيانات لأفكار وقضايا مشابهة، ولكنها تضمنت أيضاً ردود الفعل للاستبيان. وكمدخل للتفسير، فقد افترض ليعكس باختصار دور الخبرة «الحقيقية» في تكوين الاتجاهات وادراكات الظواهر. والاتجاهات والمفاهيم محددة، كجزء من أي خبرة «حقيقية» بعدة عوامل مثل العمر، والجنس، والتعليم، والصحة النفسية والبدنية، والخلفية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، إضافة إلى الوضع النفسي للأفراد.

إن كثيراً من القضايا المشتركة (حتى وإن كانت غير صحيحة) مع الصحة النفسية عبارة عن مجال حساس. والخدمات الإرشادية والعلاج النفسي تقف حائلاً بين الصحة النفسية والفقدان المؤقت للوضع الجيد للفرد. لهذا من غير المدهش أن تكون تلك الإدراكات ضبابية خصوصاً في بيئة المملكة العربية السعودية. والنقطة التي وضحت من قبل أحد المقابليين المستجوبين قوله: «بسبب مفهوم الاضطراب النفسي فإنه لن يعامل بطريقة الأمراض الأخرى، فقد ينظر له بأن الشخص يعاني اضطراباً نفسياً من غير المحتمل أن يشفى منه، حتى وإن شاهده مرشد اختصاصي. وبذلك فإنه ليس من السهل إقناع نفسك بأن لديك مشكلة نفسية، وأنت تحتاج إلى رؤية مرشد. إذا عملت ذلك فإنه يجب أن تعرف بأن ذلك طريق ذو اتجاه واحد».

هذا التردد بطلب الإرشاد ليس غير شائع بين السعوديين فحسب، وإنما بين الآخرين. وكمرشد في عيادة نفسية بجامعة الملك سعود، استدعي الباحث وسئل من قبل أحد الطلاب إذا ما كان ينصح أخاه الذي يعتقد أنه كان يعاني مرضاً نفسياً، بأن يؤخذ إلى مؤسسة صحية عقلية.

أوصى الباحث بالفعل أن يؤخذ إلى مؤسسة عقلية. وبعد نصف ساعة تقريباً، أصبح واضحاً أن الطالب نفسه وليس أخاه هو الذي كان يعاني المرض النفسي.

لقد قال أحد المقابليين: «بالنسبة إلى الجيل القديم، كانت مفاهيم الإرشاد والعلاج النفسي غير معروفة. حتى السنوات العشر الأخيرة، وهناك فقط عيادة إرشادية في مدينتي. كذلك لم يكن لدى الجيل القديم إيمان كبير بالإرشاد كوسيلة مؤثرة في العلاج».

وفي ما إذا أمكن أن يرى هذا الأمر كمؤشر لازدياد الوعي بين السعوديين، فهذا الأمر مشكلة. الآن يبدو معقولاً، بتقديم الخدمات الإرشادية التي هي ظاهرة حديثة في المجتمع السعودي وكما يمكن ملاحظتها في

الفصل الثالث، الخدمات التي توسعت في حقل التربية، التوفر المتنامي لمرشدي الطلبة في كل من قطاع المدارس والتعليم العالي يمكن أن يكون مساهماً في ذلك. لقد طوّر بعض المستجوبين أفكاراً واتجاهات عن الإرشاد والعلاج النفسي وتطبيقاتهما في المجتمع السعودي بشكل عام لتصبح مثل هذه الخدمات متوفرة.

البعض في كلا العينتين: الاستبيان والمقابلة بيّنوا بأن الاستبيان قد حفّز تطوير تفكيرهم، كما وصف ذلك أحد المستجوبين بالقول: «نعم، لا أعرف كثيراً. هذه هي المرة الأولى التي أعرف فيها أن المؤسسات موجودة».

وذكر مقابل آخر: «لا أستطيع القول بأن هنالك إرشاداً في المملكة العربية السعودية بالمستشفيات المتخصصة بينما هنالك إرشاد للمدمنين على المخدرات. الناس ما زالوا بطريقة ما يعيدون من قبول دور المرشد».

عامل آخر يؤثر في الإدراكات طبعاً هو الخبرة الحقيقية للإرشاد. على الرغم من أن الخبرة عوملت بتفصيل أكثر في الجزء القادم فيجب القول هنا بأن ٥٣ مستجوباً بواسطة الاستبيان، حوالي واحد من كل ستة (أو ٢ من ١١) من المقابلين بيّنوا بأن لديهم خبرة شخصية بالإرشاد. أما بقية المقابلين فبيّنوا خبرة لهم ضمن العائلة. وإذا كانت مثل هذه النتائج مثالية لعموم المجتمع السعودي فتكون مشكلة. ويمكن أن يكون مستوى الخبرة بالإرشاد والعلاج النفسي في المجتمع الطلابي أعلى، وخصوصاً أنها عينة طلبة دراسات عليا، ليس لسبب آخر غير الخدمات الإرشادية التي طورت في القطاع التربوي، ولأن العينة أجريت على طلاب يدرسون في بريطانيا التي فيها الخدمات متطورة في مجالات متعددة من قطاع المجتمع، وفي المنظمات التطوعية، مثل الإرشاد الزواجي.

وأياً كان مصدر الإدراكات، وبغض النظر عما إذا كانت ناتجة من خبرة أساسية من الإعلام أو المناقشة مع أناس آخرين، فإن حالة موافقة المجتمع ومدى وعيه العام للإرشاد يمثلان المضمون الواسع الذي فيه تعمل تلك الخدمات.

ويجب أن نوضح هنا بأن واحدة من القضايا التي تم التوصل إليها من إجابات الاستبيان والمقابلة كانت في الكيفية التي يمكن فيها زيادة وعي المجتمع. النظرة العامة كانت واحدة من التحديات التي تواجه الخدمات الإرشادية. على أية حال، فعينة الطلاب التي تم تحديدها بشكل جيد كانت

محط اهتمام خاص لتحديد مدى دعم الإدراكات لقبول الإرشاد. فالطلاب وهم جزء من مجتمع البلد المتعلم كانوا يرفضون مثل هذه الخدمات، لذا فإن المهمة لزيادة وعي المجتمع وقبول الإرشاد سوف تكون أكثر صعوبة.

وعلى الرغم من أنه من الصعب التقدير بشكل قاطع حجم ودرجة الدعم والرفض للإرشاد، فيمكن أن يبدو معقولاً الاقتراح بأن غالبية عينة الطلبة كانوا داعمين لفكرة الإرشاد. إن قوة ذلك الدعم ومستواه يختلفان - في أغلب الاصطلاحات المتأتمية، والتفسير من المحتمل أن يكون بأن معظم الطلبة كانوا على الأقل متفتحي العقول حول ما يمكن أن يكون عليه الإرشاد.

وقد كان من الواضح أن هنالك جزءاً من العينة بقيت غير مقتنعة بصد الحاجة إلى الإرشاد. (مثال: أنا لا أعتقد بأن هنالك دوراً كبيراً للإرشاد في المجتمع). الاعتقاد بأن الإسلام والقرآن هما أفضل المصادر لإيجاد حلول لمشاكل الإنسان في الحياة، «اهتمام أكثر يجب أن يعطى لأهمية قراءة القرآن في معالجة المشاكل النفسية، حتى وإن كان الشخص يعاني اضطرابات جدية. وفي حالة المشاكل الحياتية، هنالك هؤلاء الذين يعتبرون بأن الفرد يجدر به أن ينظر إلى العائلة والأصدقاء كمصدر للدعم والمساعدة بدلاً من الأشخاص الخارجيين.

ويجب أن يلاحظ بأنه عند حوار عينة الطلبة، فقد كانوا بشكل كبير داعمين للفكرة. وكان ظاهراً أن بعض الدعم كان نوعياً، وبعض المستجوبين عبروا عن اهتمامهم بأن الخدمات يجب أن تكون ملائمة للمجتمع السعودي وليس فقط أن تطور اعتماداً على نماذج غربية. البعض أيضاً عبروا عن وجهة نظرهم بأنهم يرغبون في أن تكون هناك حاجة إلى التكامل. فمن خلال الحوار مع الدعم الإرشادي التقليدي، مثل المعالج الديني ناقش أحد المقابلين بأن أصل الإرشاد يمكن أن نجده في التقاليد الإسلامية، وقال: «إذا ذهبت إلى خط البداية يمكن أن تقول بأن الإرشاد يطلب النصح. طلب النصح مهم تقليدياً. طلب النصح من الكبار لأنهم أكثر حكمة وأكثر تجربة. أساس الإرشاد موجود في حياتنا اليومية، ولكنه لم يوصف كإرشاد. هذا يمكن أن يكون طريقاً آخر لوضعه في المجتمع مع التأكيد على حقيقة أن يكون المرشد مؤهلاً، ومدرّباً بشكل جيد ومتخصصاً في الإرشاد الاجتماعي والأكاديمي والشخصي».

وكذلك يكون من الصعب تقدير أحد مستويات المعرفة عن الإرشاد إما

بمصطلحات عامة أو بالنسبة إلى جاهزيته الحالية في المملكة العربية السعودية بما يتطابق مع التقدير النسبي لنقاط الضعف والقوة لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي.

وعندما أثرنا الانتباه إلى الحاجة إلى وعي المجتمع بشكل أكبر، ذكر بعض المستجوبين - وهذا كان دليلاً أكبر في بيانات المقابلة بدلاً من بيانات الاستبيان - بأن تلك المعلومات حول مصادر الإرشاد في المملكة العربية السعودية كانت بعيدة عما هو متوفر بشكل واسع «في الغرب» (بريطانيا). لهذا فهم لم يطلبوا المصادر الأكثر وضوحاً. إن البحث في الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي السعودي يحتاج إلى أن يتأكد بأن الناس واعون لما هو متوفر. وقد ظهرت التشابهات في بيانات الاستبيان والمقابلة وقدمت بشكل كبير مفاهيم سلبية للإرشاد والمرشدين. والأكثر تكراراً هي تلك التي تعود إلى مرشد الطالب الذي يعمل في المدرسة والمرشد الأكثر تخصصاً (الطبيب النفسي أو المتخصص النفسي الاكلينيكي اللذان يعملان في قطاع الصحة العامة أو العمل الخاص).

إن المرشد الطلابي في المدارس هو ذلك الشخص الذي ينظم جلسات إرشادية عائلية ونزهات مدرسية تعتمد على ما هو عليه الموقف في أيامهم المدرسية، ليقدم خبراته الإرشادية في المدرسة. وقد وضح ذلك أحد المقابلاتين بالقول:

«دور المرشد في المدارس العامة محدد بتنظيم رحلات بشكل رئيسي للهيئة التدريسية وبعض الأوقات للطلاب. إنه يمثل دوراً ترفيهياً بدلاً من كونه دوراً مساعداً. أنا لم أذهب أبداً إلى مرشد مؤهل في المدرسة يمكن أن يساعد الأطفال في التخلص من مشاكلهم».

ومع ذلك، فإن النغمة القديمة تصر على الصورة المؤدبة للإرشاد.

إن مراجعة الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي الاكلينيكي، وخصوصاً المرشد/المعالج النفسي في القطاع الخاص كانت تتم من قبل الناس الذين هم غير اعتيادين. وهذا العمل لا يتناغم دائماً مع أفراد المجتمع السعودي، والذين هم أكثر اهتماماً بتحقيق عوائد مالية بدلاً من المراجعة. ليس من الواضح دائماً ما إذا كانت مثل هذه الإدراكات قد استندت أكثر إلى الخرافة بدلاً من التجربة الحقيقية، أو ما إذا جاءت من كارتكيرات التلفاز أو السينما وهكذا.

وأياً كانت الانطباعات التي تكونت لدى الطلاب عن المرشدين والإرشاد، وفي ما إذا كانت خاطئة أو لا، فهناك تطبيقات واضحة للطرق التي يمكن فيها الوصول إلى توعية عموم الناس. وبحوار عينة الطلبة بحسب مستوى تعليمهم وتعرضهم للغرب كنتيجة لفرصهم الدراسية فإنهم يمكن أن يكونوا مستعدين للتعامل مع القضايا التي تعود إلى الإرشاد بسلوك مختلف عن الناس الذين هم أقل مستوى من التعلم، والذين ليست لديهم فرصة للسفر وزيارة الثقافات الأخرى. أكثر من ذلك كنتائج للنظام التربوي (قطاع المدارس والتعليم العالي) الذي يدعم بالخدمات الإرشادية، فإن عينة الطلاب متوقع أن يكون لديها وعي أكبر من خلال التجربة الشخصية المباشرة. وهذه المناقشة لوعي ومفاهيم الطلاب للإرشاد والعلاج النفسي وضّحت بأن العينة تدعم بشكل كبير هذه الفكرة، ولكن لديها تحفظات حول ما يمكن أن يكون أفضل ليترجم للموقف السعودي.

ثانياً: تأثير الثقافة والتقاليد في الإدراكات

إن تقديم الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي هو جزء من عملية تكوين دولة متحضرة في المملكة العربية السعودية مع اقتصاد وخدمات عامة متطورة من ضمنها التعليم والصحة. مثل هذه العملية بالتأكيد تخلق تحديات ليس أمام المخططين فحسب وإنما لعموم الناس أيضاً. وتوفير خدمات الصحة العقلية هو توسع منطقي للخدمات الصحية. وعلى أية حال، فالصحة البدنية هي أمر متوازن ثقافياً (ربما بالنسبة إلى بعض الظروف السائدة بشكل كبير في بعض الدول والثقافات بسبب تنوع الخصائص الثقافية والطبيعية). إن الصحة النفسية هي أكثر مجال ذي حساسية ثقافية، وبخاصة معالجتها، لأنها تخاطب العقل الذي هو جزء من نتاج الثقافة التي تطور منها.

إن الطريق الوحيد «للاتصال» هو من خلال اللغة التي تشتق معانيها من الثقافة التي يعيش فيها المريض. وأكثر من ذلك فإن هنالك خطأ واضحاً بين ما يعتبر سلوكاً اعتيادياً وغير اعتيادي. وهناك جانب آخر مشتق أيضاً من الثقافة هو الاتجاهات نحو المرضى النفسيين: فهل يجب أن يعزلوا عن الأعضاء الآخرين للمجتمع، أم أنهم جزء من عائلاتهم؟ بالإضافة إلى قضية أخرى وهي الحرية التي يتمكن فيها الناس من التحدث عن خبراتهم النفسية والصحية، دون أن يكون ذلك واحداً من مجموعة موضوعات محظورة.

وعندما ينظر إلى مفاهيم السعوديين حول الإرشاد والعلاج النفسي في الفصل الثاني ينظر إلى ما قاله جلبي^(١) عن مشاكل الأخذ بأساليب للإرشاد والعلاج النفسي التي تطورت في الغرب في الوطن العربي والمملكة العربية السعودية بشكل خاص. فقد أشار إلى بعض الاختلافات الثقافية بين الثقافة الغربية والثقافة السعودية والتي من وجهة نظره تحتم اتباع طريقة مختلفة، والسبب يعود إلى أن بعض المعالجين قد نشأوا في إطار قيم وتوقعات ثقافية لم تكن موجودة في المملكة العربية السعودية.

ولهذا، فإن الباحث كانت له رغبة ليعرف أي اقتراحات ضمنت في الاستبيان والتي أدخلت من قبل المستجوبين الطلاب. هل هم، مثلاً، يؤيدون فكرة التلبس الشيطانية (الجن) كعامل في الاضطرابات العقلية؟ وهذا اعتقاد سعودي في مثل هذه الحالات. وإذا كان الأمر كذلك، فما هي اتجاهاتهم بخصوص المعالجة؟ هل يدعمون استخدام الطرق التقليدية والتي تشمل استخدام القوة لأجل طرد الروح الشريرة؟

وفي الاتجاه نفسه، ضمنت عبارات في الاستبيان (في الجزء ج) لرؤية المدى الذي تؤثر فيه القيم والمعتقدات التقليدية في تفكير المستجوبين بخصوص الإرشاد. مثال على ذلك: العبارات المتصلة بدرجة الوعي للجيل القديم والشباب السعودي بالخدمات الإرشادية وكذلك بين الناس الأغنياء والفقراء والمتعلمين والأمينين.

والنمط الظاهر من اجابات هؤلاء كان غير موحد على الرغم من أن الإجابات كانت ذات أهمية لمعرفة المدركات وكما دوت في مستويات الموافقة أو عدم الموافقة في مثل هذه العبارات. وقد تبين بأن عينة الطلاب ولحد معين كانت نظرتهم متطورة في خصوصيتها أكثر مما كان متوقعا. ويمكن أن يعود هذا في جانب منه إلى مستوى تعليمهم وإلى تعرضهم للثقافة الغربية وهم يدرسون في بريطانيا.

والعينة لا يمكن اعتبارها غربية في سلوكها، على الرغم من أن تعرض

K. Chaleby: «Psychosocial Stresses and Psychiatric Disorders in an Outpatient (١) Population in Saudi Arabia,» *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 73 (1986); «Traditional Arabian Marriages and Mental Health in a Group of Outpatient Saudis,» *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 77 (1988), pp. 139-142, and «Psychotherapy with Arab Patients, toward a Culturally Oriented Technique,» *Arab Journal of Psychiatry*, vol. 3, no. 1 (1992), pp. 16-27.

أفرادها للغرب يمكن أن يجعلهم يعكسون ذلك على طبيعة مجتمعهم السعودي بطريقة يمكن أن لا تكون ممكنة إذا لم تتوفر لديهم الفرصة لعمل ذلك من الخارج.

وما إن أدرك الطلاب أهمية الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي حتى اقترح بعضهم أن الطرق والخدمات يمكن توظيفها بشكل يتجاوب مع ثقافة وحياء المجتمع السعودي. وهناك بعض التناقضات والاختلافات ربما ظهرت نتيجة أفكار خاطئة للإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق. وهذا الانطباع يمكن أن يتكون من أدلة الاستبيان والمقابلة، وبخاصة عندما اعتبر المستجوبون الإرشاد يمكن أن يكون ذا فائدة للسعوديين، في حين كانوا في بعض الحالات مترددين في إظهار فائدة مثل هذه الخدمات.

ثالثاً: إدراكات الحاجة إلى الإرشاد

١ - الإرشاد والإسلام

قضية الدين هي واحدة من الإجابات التي تكررت خلال المقابلة والاستبيان. وقد ظهر جلياً من اقتراحات المستجوبين بأن هنالك مجموعة من الأفكار المترددة حول الإرشاد والعلاج النفسي بسبب الإسلام، والقرآن الذي يعتبرونه المصدر الأساسي الذي يمكن الرجوع إليه في أوقات الصعوبات والمشاكل. ومن المحتمل أيضاً أن هذه الحالة كانت ظاهرة بين المستجوبين الذين هم «تقليديون» أكثر. إذاً هنالك شعور بأن الحالات القاسية والاضطرابات العقلية الحادة يمكن أن تكون فيها حاجة لتدخل الطبيب النفسي، ولكن كان هنالك اقتراح أيضاً بأنه ليس هنالك حاجة لتدخل الطبيب النفسي في الحالات الحادة. ولكن البعض الآخر يميل إلى المشكلات الأساسية مثل مشكلات الدراسة والمشكلات الاجتماعية، وهكذا يجدر أن ينظر إليها كتحد للفرد وعائلته (والأصدقاء). وكما وصفها أحد المقابليين: «أنا ما زلت مقتنعاً بأن هؤلاء الاختصاصيين قد لا يكونون قادرين على تقديم دعم أفضل من الأب، أو الصديق وذلك بسبب كونهم أقرب إلى المشكلة التي يواجهها الفرد».

لقد اعتبرت مثل هذه المشكلات كاختبار لإيمان الشخص، ويجب أن تعالج بدعم من المصلي، والوسيط، والقرآن. وربما تعد هذه المشكلة إلى مدى معين قضية دينية كانعكاس للاختلافات الحقيقية بين السعوديين وغير العرب

الذي ينتج منه اختلافات في المعايير والتوقعات (انظر الفصل الثاني).

بالتأكيد، فإن أيّاً من المستجوبين لا يدعم فكرة ممارسة الضرب لإخراج الأرواح من أجساد هؤلاء الذين تتملكهم، على الرغم من أن البعض اعتبر ذلك علاجاً دينياً ويجب أن يطلب للتخلص من مثل هذه المشكلات. واعتبر آخرون أن من الأهمية بأن يكون هنالك حوار بين المعالجين (الجدد) وردفائهم الدينين. والحقيقة أن قضية الحوار بين المجموعتين لا تقتصر على هؤلاء الذين هم تقليديون في تفكيرهم بل ضمت آخرين أكثر تحوراً يصرون على أهمية الإسلام.

إن فكرة الحوار حتى وإن لم توضح بشكل دقيق في مضامينها فإنها كانت دليلاً لهؤلاء الذين لديهم نظرة متطورة. وهنا فإن الحوار أظهر اقتراحاً بأنه إذا وضعت الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي لكسب ثقة المجتمع السعودي فإن من المهم أن يكون لها شكل سعودي. ولذلك يمكن القول، بأن المستجوبين كانوا بحاجة إلى توفيق بين الثقافتين (الثقافة السعودية والثقافة الغربية التي فيها هذه الخدمات قد تطورت بشكل كبير).

ومثل هذه النظرة وجدت تعبيراتها في الإجابات عن العبارات ذات النهايات المفتوحة في الجزء (د) للاستبيان، وكذلك أيضاً ظهرت في المقابلات، إضافة إلى ذلك فقد أشير إليها في بعض الإجابات عن العبارات المغلقة النهايات في الجزء (ج). وعبر أحدهم في هذه النظرة عن شكل المرشد المثالي، ولكن من المفيد هنا أن نسترجع مستويات الموافقة العالية على المرشد المثالي بأنه يجب أن يكون مسلماً ومدرباً في برامج موجهة إسلامياً.

وقبل أن نتناول المدى الذي يشعر فيه المستجوبون بأن هنالك حاجة للخدمات الإرشادية والعلاج النفسي، فمن المفيد أن نشير إلى بعض التشابهات بين اعتقادات جلبي^(٢) التي تم تناولها في الفصل الثاني مع أفكار المستجوبين.

وعلى الرغم من أن حوارات جلبي قدمت ببلاغة متخصصة، فإنها قد وجدت صداها في العديد من المفاهيم التي عبر عنها المستجوبون في كلٍّ من الاستبيان والمقابلة. فقد كان يناقش موضوع الحاجة إلى الإرشاد والعلاج

K. Chaleby: «Social Phobia in Saudis», *Social Psychiatry*, vol. 22 (1987); «Traditional (٢) Arabian Marriages and Mental Health in a Group of Outpatient Saudis», and «Psychotherapy with Arab Patients, toward a Culturally Oriented Technique».

النفسي، وذلك بأن يتكيف مع الثقافة السعودية لغرض تحقيق ملاءمة أكبر، فيصبحان أكثر فاعلية. والمستجوبون في تقبلهم للخدمات الإرشادية عبروا بعقل منفتح عن أهميتها للمجتمع السعودي عندما تحدثوا عنها، وإن ليس من تصور تخصصي.

وبالنسبة إلى مدركات الناس بصدد الحاجة إلى للإرشاد والعلاج النفسي، فكانت تلك ظاهرة في الملخصين النظري والواقعي.

والاحتياجات في الملخص النظري عبارة عن دليل لمختلف المجالات الحياتية التي يمكن أن تكون فيها حاجة للإرشاد ويمكن أن تظهر بشكل واضح.

الحاجات الحقيقية ظهرت بشكل أكبر في العبارات المفتوحة النهائية في الجزء (د) للاستبيان عندما كان المستجيبون قادرين على الادلاء بإجابات غير مقيدة. إذا أحدنا يعتبر ما شاهده الطلاب كمشكلات رئيسية تواجه المجتمع السعودي، فإنها ظهرت لتعود إلى مدى واسع في العديد من القضايا من بينها تدهور في روح المجتمع، ومشكلات عائلية ومادية، والمحابة القبلية، والبطالة والخدمات الأجنبية، والفضائيات. بعض هذه المشكلات يمكن رؤيتها كمشكلات مهمة في المجتمعات الحديثة، بدأت تظهر في المجتمع السعودي. ويمكن الإضافة لذلك، بأنه يمكن أن تكون هنالك مشاعر بعدم الأمان لبعض طبقات المجتمع بسبب النزاعات في الشرق الأوسط والغزو العراقي للكويت.

٢ - مجالات الحاجة

كانت إدراكات المستجوبين عن المجالات الملائمة لتدخل المرشدين متنوعة وغير موحدة على الرغم من أن هنالك دعماً عاماً لخدماتهم كي تكون متوفرة بشكل واسع، وليس في القطاع الجامعي والمدارس الثانوية فحسب ولكن في المدارس المتوسطة أيضاً (١٣ - ١٥ سنة). إن ذلك قد يكون غير مدهش ما دام المستجوبون طلاباً ولديهم بعض الوعي لما يمكن أن يقدمه مثل هؤلاء المرشدين حتى وإن كانت النظرة المطبوعة في أذهانهم عن المرشدين قد اشتقت من أيامهم المدرسية، وهذا ما أكده بعض المستجوبين.

كذلك فإن هنالك دعماً قوياً لتوسيع الإرشاد التربوي في مجال الإرشاد المهني (انظر الجدول رقم (٥ - ١٨ ب)). ويبدو مثل هذا التطور حساساً عند

الأخذ بتنوع الاقتصاد السعودي وتوسع الخدمات العامة فيه، فإن الخيارات أمام الأجيال القادمة لطلبة المدارس السعودية بالنسبة إلى دخولهم لعالم العمل ستكون أكثر. وأكثر من ذلك فإن التعليم العالي سوف يعني قرارات أكثر تعقيداً تؤخذ من قبل الشباب وأولياء أمورهم.

إن تطوير الخدمات الإرشادية في حقل التربية قد تم قبولها من قبل غالبية المستجوبين وإذا كانت هنالك موافقة مترددة بأن الحالات القاسية، مثل الاضطرابات النفسية الجدية، تتطلب تدخلاً تخصصياً عالياً من قبل الأطباء النفسيين و/أو الاختصاصيين النفسيين الاكلينيكين، فإن هنالك مجالات أخرى قد لا يدعم بعضها منفتحو العقول، ولكنهم مستعدون للاقتناع بأن الخدمات الإرشادية يمكن أن تقدم المساعدة فيها، هذه تتضمن مجالات حساسة للعلاقات، على سبيل المثال، الوالدين - الطفل، الزوج - الزوجة، وآخر على مثل فقدان الأم أو الأب، والحزن والكآبة والضغط والطلاق.

إن قضية علاقة الطفل بوالديه بشكل خاص كانت ذات أهمية بالنسبة إلى أحد المقابلين، وذلك كجزء من خبرته، على الرغم من أنه قد ضمنها بشكل غير مباشر. ولو نظرت إلى المشكلات التي اعتبرت ذات تأثير في المجتمع السعودي، فيمكن لأي أحد أن يتصور الموقف الذي يصبح أكثر حدة وأكثر إدراكاً وقبولاً لدور للإرشاد والعلاج النفسي في مساعدة الناس ليتجاوزوا مع التغيرات التي تحصل في المجتمع.

لقد اعتبر المستجوبون بأنه ما زالت هنالك عوائق يجب إزالتها قبل أن يحظى الإرشاد والعلاج النفسي بقبول واسع. إن فكرة جلب المشاكل العائلية إلى الغريب حتى وإن كان ذا تدريب متخصص لا يعتبر عملاً ملائماً للأخذ به، حتى وإن كانت هذه قضية فخر أو قضية دفاعية تماماً من جانب العائلة فإن من الصعوبة إقرارها: الناس الذين لديهم مشكلات متأتية من قطع العلاقات حتى وإن كانت مؤقتة يمكن أن يواجهوا حياة بئسة إضافة إلى حب وود الآخرين الذين من حولهم.

إن من المهم ملاحظة بأن قضية «السرية» قد ذكرت من قبل بعض المستجوبين. فهل يمكن لأحد أن يثق بالمرشد دون إظهار القلق الداخلي؟ إن ذلك يمكن أن يكون شيئاً من الستار الدخاني لحجب الحقيقة طبعاً. قد يخشى الناس رؤية المرشد، وقد يرون بأن مثل هذا الفعل يمكن أن يكون مصدر ضعف أو فقداناً للجاء إذا كانوا هم وعائلاتهم مهتمين بالجاء والسمعة.

مثل هذه الاهتمامات قد لا تكون مشابهة لتلك المجربة من قبل الناس في الدول الأخرى التي فيها الخدمات الإرشادية مبكرة في تطورها ولا تزال حتى يومنا هذا.

٣ - الناس متنوعون في احتياجاتهم للإرشاد

طلب من المستجوبين بيان أفكارهم بخصوص ما إذا كانت بعض مجموعات السعوديين لديها حاجة للإرشاد أكثر مما لدى الآخرين. والعبارات أوافق/لا أوافق في الجزء (ج) للاستبيان التي تتناول المدركات رتبت لإظهار التباين بين أنواع الناس: مثال رجال/نساء، جيل الشباب/الجيل القديم، فقير/غني، متعلم/أمي.

ويوافق ثلثا العينة تقريباً على أن جيل الشباب قد يكون بحاجة للإرشاد أكثر من جيل كبار السن. والأغنياء مقارنة بالفقراء هم المجموعة اللاحقة الأكثر احتياجاً، وذلك في تصور خمسي العينة، مقارنة بحوالى الثلث للمتعلمين بالنسبة إلى الأميين و فقط تحت تلك النسبة للنساء بدلاً من الرجال. وكما تم بيانه عندما عرضت النتائج في الفصل الخامس (انظر الجدول رقم (٥ - ١٨ د)) مستويات الأجوبة بلا أدري قدرت بحوالى ٤٠ بالمئة إلى ٤٥ بالمئة من مجموع العبارات باستثناء فئة جيل الشباب/جيل القدماء (كبار السن) التي قدرت بحوالى نصف تلك النسبة.

إنها مجرد قضية تصور لماذا يشعر المستجوبون بأن الحاجة إلى الإرشاد أكثر لجيل الشباب. وقد يكون السبب لأنهم يشعرون بأن لدى جيل الشباب فرصاً تربوية أكثر مما هي لدى الكبار، وأنهم في حالة مواجهة مع العالم المتطور الذي يمكن أن يتغير بشكل سريع. ويمكن أن تكون مثل هذه النظرية متطابقة مع المشكلات والقضايا الرئيسة التي يراها المستجوبون في المجتمع السعودي. لم يكن الاهتمام ظاهراً في مستويات الموافقة في المجموعات المتباينة الأخرى، مثل غني/فقير، متعلم/أمي، نساء/رجال. وقد يعود ذلك إلى أن الأوائل من كل واحد من هذه المتباينات يمكن اعتباره معرضاً أكثر من الثاني للضغوط الناتجة عن التغيير في المجتمع.

٤ - شكل المرشد المثالي

إن عدداً من الأفكار التي أخذت بعين الاعتبار في هذا الجزء كانت له

علاقة بالأجزاء السابقة الذكر، ولكن من المفيد على أية حال جمعها سوياً هنا، ما دامت «صورة» المرشد عنصراً مهماً في عملية تعليم الناس للحصول على منافع مهمة من خلال الإرشاد في أوقات الحاجة. إن ما قدمته النتائج في الجزء (ج) من الاستبيان بينت أن المستجوبين أكدوا بشكل أساسي على رغبتهم في أن يكون المرشدون الذين يعملون في المملكة العربية السعودية من العرب والمسلمين. هذه النظرة يمكن أن تكون متطابقة مع الصورة العامة التي ظهرت من خلال النتائج، ولكي تعزز صدقية الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي في عيون المجتمع السعودي فمن الضروري أن يكون المرشدون عرباً أو سعوديين. فرغبة هؤلاء المرشدين القادرين على تقديم خدمة خاصة وخبرة متميزة هي رغبة أكيدة وجلية.

وعلى كل حال، من المفيد أن نلاحظ ذلك في مضمون التنمية للدولة الحديثة في المملكة العربية السعودية. فمن الشائع لبلد تمكن من جلب مثل هذا التخصص خصوصاً في المراحل الأولية كخدمة جديدة أن يضمه في برنامج التنمية. وفي الحقيقة، غالباً ما تضمنت الخطط التنموية الوطنية المختلفة للبلد مقاييس لزيادة مقدار المدخلات وتقليل الاعتماد. فعند أخذ هذه النقطة والطبيعة الحساسة للإرشاد والعلاج النفسي ليس فقط في مجالات النفط والمالية والتجارة بل أيضاً في حقول الطب والتربية فقد تبدو الصورة المثالية للمرشدين السعوديين محط اهتمام مفهوم جداً. وهذا يذكرنا أيضاً بأن الإرشاد والعلاج النفسي كما يدركه المستجوبون في المملكة العربية السعودية هما أمران جديان نسبياً.

وتدفع الحساسية الثقافية إلى أن يتوفر عدد من المرشدين الإناث لمعالجة النساء السعوديات. فهذا الأمر ضروري وخصوصاً عندما ينتج عن مثل هذا التدخل بعض المشكلات الصغيرة. وبما أنه لا يوجد الآن مرشدين نساء، وإذا وجدن فالعدد قليل جداً وغير كاف، فإن ذلك يجعل من غير المشجع للنساء أن يندفعن لطلب مثل هذه المساعدة. وأكثر من ذلك، فإن الخبرة الحقيقية تثبت بأن الإرشاد يساعد الناس ويجعلهم أكثر وعياً وأكثر اندفاعاً باتجاه تطوير مثل هذه الخدمات.

إن العنصر الآخر في شكل المرشد المثالي والذي تمت تغطيته في الاستبيانات يعود إلى قضايا تدريبية. وعموماً أقر المستجوبون بفكرة أن تكون أساليب الممارسة والتدريب الإرشادي موجهة إسلامياً. هذه الفكرة تكون

متطابقة مع النظرة العامة التي أظهرها المستجوبون للإرشاد، وهي جزء من الحاجة لزيادة وعي المجتمع بفائدة الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي. ويفترض لمثل هذه الممارسة أن تتجاوب أكثر مع التقاليد الدينية والثقافية السعودية. وقبل أن تصبح الخدمات الحديثة متوفرة (انظر الفصلين الثاني والثالث)، فإن مثل هذا الإرشاد كان يتوفر فقط من خلال شبكات إذاعية غير رسمية للعائلة والأصدقاء ومن الدعم المنظم من خلال الدين. وبصرف النظر تماماً عن فكرة المعالجين التقليديين، كان هنالك شكل تطور عبر التاريخ حتى يومنا هذا يتمثل بالمعالجين الدينيين. وفي الحقيقة أن المستجوبين في بعض العبارات المفتوحة النهايات للمراحل الأخيرة في الاستبيانات والمقابلات رجعوا إلى الرغبة في أن يكون هنالك حوار بين الطرق الجديدة وتلك التي تم تطويرها من خلال الدين.

وقد وجدت هذه النظرة نفسها معبراً عنها بطرق مختلفة من قبل المستجوبين مثل عبارات الذهاب للمرشد النفسي لغرض المساعدة يشبه تماماً الذهاب إلى المرشد الديني (انظر الجدول رقم (٥ - ١٨ ج))، وحتى بالنسبة إلى قضاياهم وضع معايير لاختيار أفراد للتدريب الإرشادي للذهاب إلى الخارج لغرض التدريب في الغرب أو في مكان آخر.

وقد ظهرت أدلة غير مباشرة أخرى في الاستجابات لمحتوى الاستبيان والمقابلة، بعضها يرجع الصورة التي قدمت (أو أدركت) من قبل المرشدين. هل هم حقيقةً ظهوراً كأناس ينصب اهتمامهم بشكل كبير على تكوين المال بعيداً عن الناس الآخرين الذين يعانون المشكلات؟ هل هم يطلبون تقديم انطباق للمراجعين/المرضى وذلك بالظهور أمامهم كغربيين جداً و/أو «يهودون» بشخصيتهم؟ على أية حال، فمهما يكن المستجوبون مخطئين فإن هنالك قضايا يمكن أن توجه إما من خلال التدريب المهني أو في عرض الصورة للمرشدين، ذلك يمكن أن يساعد الناس لمعرفة ماذا يمكن أن تقدمه تلك الخدمات.

رابعاً: تحسين الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية

كما هو ظاهر فعلاً، فإن الاتجاه العام المأخوذ من نتائج الاستبيان والمقابلة يجب أن ينظر إليه كداعم للإرشاد والعلاج النفسي. ومع ذلك فإن

بعض المستجوبين اعتبروا مثل هذه الخدمات غير ملائمة لمجتمع اسلامي مثل المملكة العربية السعودية، وبأنها غير ضرورية، أو أنها على الأقل يجب ألا تكون ضرورية ما دام الناس يضعون إيمانهم في الإسلام والقرآن. هذه الاهتمامات ظهرت بقوة بين الناس ولو لم يتمسكوا بها بشكل واسع.

ومع هذا، فإن العنصر الديني كان دليلاً في أجوبة العديد من المستجوبين، حتى لدى أصحاب العقول المنفتحة على الإرشاد والعلاج النفسي. وعليه فإذا أريد للخدمات الإرشادية أن تتحسن، فمن الضروري أن تؤخذ في الحساب عدة قضايا تم تناولها في هذا الفصل. إن التوسع في الخدمات الإرشادية في القطاع التربوي، وخصوصاً في المدارس كان لها دعم ملموس من قبل جميع المستجوبين (انظر الجدول رقم (٥ - ١٦)). هذا التصور يمكن أن يكون محددًا جداً بمستوى معرفة المستجوبين للخدمات الإرشادية في التربية، إذالم يكن من الخبرة الحقيقية. ومن ذلك تصبح تلك الخدمات دليلاً لهم عندما يدرسون إما في المملكة العربية السعودية أو في بريطانيا، وتكوّن مدركات للمشاكل التي تزعج الطلاب. ومن تلك النقطة ربما بعض المستجوبين كانوا قادرين على أن يميزوا إمكانية تداخلات مشابهة في جوانب أخرى من حياة الأفراد.

إن مدى معرفة المستجوبين للإرشاد والعلاج النفسي فصل بشكل كاف للإجابة عن الموضوع المطروح حول الكيفية التي يمكن من خلالها تحسين الخدمات في المملكة العربية السعودية. ولما كانت لدى بعض المستجوبين خبرة حقيقية، فمن المشكوك فيه أن يتم تناول هذه الموضوعات بعمق. ربما نتيجة ظهور كثير من النتائج بعبارات عامة، فإن ذلك يشير إلى وجود فجوات في معرفتهم. فقد أشار بعض المستجوبين إلى أن الاستبيان كان المحفز لتفكيرهم في هذه القضايا. بينما من العقلانية القول بأنهم كانوا مستعدين ليضعوا مقدماً بعض الاقتراحات لكيفية تحسين الخدمات، وإن كان بعضها سطحياً بدلاً من أن يكون ملموساً. وقد يرجع ذلك إلى أن المستجوبين قد تناولوا تلك القضايا من زاوية نظرية أكثر مما هي عملية. وربما كان هذا محتملاً عند الأخذ بالاعتبار مستوى معرفتهم بالإرشاد. لقد كان بعض الطلاب واستناداً إلى خبراتهم في بريطانيا قادرين على تحديد فائدة المعلومات التي تقدم من خلال التلفاز والمذياع، وفي الصحافة وفي دليل التلفزيونات للوكالات التي يمكن للناس الذين لديهم مشكلات الذهاب إليها.

وبشكل رئيس، فإن الاقتراحات بشأن الكيفية التي يمكن من خلالها تحسين الخدمات الإرشادية عكست أبعاداً سطحية، وربما يعود ذلك إلى أن المستجوبين ما زالوا يحتاجون إلى التعرف أكثر على هذا المجال. إن فكرة التعرف بشكل أفضل ترتبط مع وجهات نظرهم التي تؤكد بأن هنالك حاجة لخدمات إعلامية لتطوير وعي الناس وتعليمهم إذا كان القصد تطوير هذه الخدمات وإدراك ما يمكن أن تقدمه للمجتمع.

وعموماً، فإن مستجوبي المقابلة رحبوا بالاستبيان واعتبروا عملية ملئه ممارسة مفيدة جعلتهم يفكرون بالموضوعات التي تضمنها (وهذا كان ظاهراً أيضاً في الملاحظات التي عملت من قبل مستجوبي الاستبيان في الجزء (د)). وقد اقترح أيضاً أن تعريفاً للمفاهيم/الاصطلاحات يمكن أن يكون مفيداً ومزيلاً لأي سوء فهم محتمل للعبارات، وأن الاستبيان من الناحية الأخرى كان طويلاً جداً.

عند استخدام الاستبيان مستقبلاً، من الممكن أن تظهر هنالك حاجة لإجراء بعض التعديلات فيه وتنقيحه. ولما كان الباحث يقبل الفكرة بأن استخدام التعاريف والمفاهيم يمكن أن يكون محض اهتمام الجمهور الأكاديمي، فقد كانت مهمة الالتمام صعبة بالنسبة إلى شرائح أخرى من المجتمع، وأيضاً قد لا يتشجع الآخرون على ملئه.

الدرس الجيد الذي تم اشتقاقه من تعليقات المستجوبين تمثل بالحاجة إلى الاهتمام بالكتابة، والتأكد من أن العبارات الأساسية التي استخدمت قد صيغت بطريقة تتطابق مع مخرجات الإعلام الحالية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي والموضوعات ذات العلاقة. وهذا يجدر أخذه بالاعتبار في الاستخدام المستقبلي، والتطوير أيضاً يتطلب أن يؤخذ من التغذية الراجعة من تجربة العينة الاستطلاعية. كذلك يجب أن يؤخذ بالاعتبار طول الاستبيان، ويمكن أن تعدل فيه بعض العبارات. ويمكن اعتماد استراتيجية محتملة بأخذ عينة من مجتمع المدارس الثانوية بتكييف الاستبيان مع الخطوط العامة التي جرى أخذها بالاعتبار مقدماً. ومن هذا تطوير لاحق يمكن إجراؤه ناتج من جراء التعلم بالممارسة.

وعلى الرغم من أن تعريف المفاهيم له أهمية في ممارسة أي بحث، فإن ما يجب غرسه في العقل هو أن الحقائق المطلقة لا يمكن أن تتحقق، خصوصاً عندما يكون البحث في مجال إدراكات الناس. المهم هو جمع

المعلومات التي سوف تساعد الاختصاصيين في عرض وتطوير شكل الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي بطريقة تساعد على إقناع المجتمع السعودي بأنها أصبحت جاهزة لتحسين نوعية حياة الناس وليس لتهديد ثقافتهم وتقاليدهم.

لقد تناول هذا الفصل تفسير النتائج التي أظهرتها الدراسة الحالية، وفي مركزها كان استقصاء إدراكات الطلبة السعوديين في بريطانيا حول الإرشاد والعلاج النفسي. هذه العينة من الطلاب وجدت داعمة للإرشاد والعلاج النفسي بشكل واسع، على الرغم من أن هنالك دعماً للخدمات المتوفرة في المملكة لتطوير الشخصية السعودية بشكل يتجاوب مع الثقافة والتقاليد الإسلامية للبلد. وقد ظهر تصور بأن هنالك حاجة كبيرة لتثقيف المجتمع السعودي بالخدمات الإرشادية التي يمكن أن تقدم إلى الأفراد الذين هم بحاجة إليها.

الفصل الثامن

الاستنتاجات والتوصيات

يسعى هذا الفصل لتحقيق عدد من الأهداف وهي: الأخذ في الاعتبار محددات الدراسة، والعمل على استخلاص بعض الاستنتاجات، ووضع بعض التوصيات والمقترحات التي تتضمن ما يمكن عمله لتنمية الوعي حول خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية.

أولاً: محددات الدراسة

الفصل النهائي لا يكون مكتملاً دون أن يبين الباحث ما يراه من محددات للدراسة، وما يجب وضعه في البال بأن هذا التقدير تم اجراؤه مؤخراً لصالح الإدراك، والدراسة تقترب من الاكتمال.

إن تركيب العينة لم يكن مثالياً بسبب عدم التوازن في المجموعات الفرعية تحديداً، إذ إن توزيعاً أكثر لمدى الأعمال يمكن أن يكون مرغوباً فيه لما يقدمه من خدمة لتفحص ما إذا كان العمر عاملاً مهماً كما يدركه الناس. وفي هذه الدراسة كانت الصياغة غير دقيقة لعامل العمر، إذ كان ممكناً أن يوزع المستجوبون إلى مجموعتين عمريتين تكونان متوازنتين في الحجم: وهي مجموعة الأعمال التي تحت سن الـ ٣٠ عاماً وتلك التي تكون أعمارهم ٣٠ عاماً فأكثر.

وعلى ضوء ما تمت ملاحظته عند عرض نتائج الاستبيان في الفصل الخامس، كان هنالك اختلاف قليل ربما عن الفقرة التي يتناولها المستجوبون بخصوص فكرة الإرشاد. فالمجموعة التي أعمارها أقل من ٣٠ عاماً أظهرت بأن أفرادها تعرفوا على فكرة الإرشاد عبر وظيفتهم التربوية، وذلك لم يحصل بالنسبة إلى المجموعة التي أعمار أفرادها أكثر من ٣٠ عاماً. وباستخدام التحليل لمجموعات عمرية أكثر اعتبر ذلك واقعياً. إن تأثير العمر كان بشكل

واضح ليس في هذه القضية فحسب ولكن بالنسبة إلى قضايا أخرى. لقد بين أفراد العينة الفرعية للنساء بأنهن تعرفن على الإرشاد بشكل مبكر مقارنة بعينة الذكور. ولكن ما اقترح هنا قد يكون بسبب كون العينة الفرعية للنساء أصغر عمراً من الذكور، كذلك فإن العينة عموماً فيها نوع من عدم التوازن بالنسبة إلى النوع الاجتماعي (الجنس).

إن الدراسة في هدفها كانت أكثر من تحر أولي لمجال إدراكات الطلبة، لذلك فإنها كانت تتطلب إطار معايينة أكثر دقة. وعلى أية حال، لا بد من القول بأن تضمين العنصر النسائي لم يكن جزءاً من تصميم البحث، والقرار الذي تم أخذه في تضمينه كان لأسباب ثقافية، وكان يمكن لهذا الإجراء أن يكون عملياً لو تضمنت العينة الفرعية للنساء عدداً كافياً للتوصل إلى هذا الاختلاف المفيد.

إن تضمين النساء جاء نتيجة الطلب من زوجات الطلبة السعوديين قدم من خلال أزواجهن، وذلك كي تتاح لهن فرصة ملء الاستبيان. ونزولاً عند هذه الفكرة فإن الباحث قد أخذ بها ليجعل تصميم البحث أكثر صلابة مما هو مقرر له، ولتحقيق أمله بأن يعمم نتائج بحثه على مجتمع أوسع. وعندما كان الباحث يحاول تعميم النتائج، فإنه أجرى مقاييس لتوضيح الثبات والصدق لأدوات البحث وبالأخص بالنسبة إلى الاستبيان. وكان يمكن أن يتطلب ذلك استخدام اختيار «مقنن» ولكن حتى وإن أجري ذلك فإن متطلب الثبات قد لا يكون ملائماً كلياً لمجال الباحث وشكل البحث. إن مثل هذه الطريقة قد تنتج بعض التحليلات الإحصائية الجيدة وبعض النتائج المهمة إحصائياً، وخصوصاً للعبارات المبهمة، ولكن على الرغم من الأمان الذي توفره هذه الاختبارات فقد تكون غير عملية مثل الحليب المعقم الذي ينقصه أن يكون طازجاً مقارنة بالحليب الطبيعي.

وعلى أية حال، يمكن القول هنا إن الهدف الذي يقف وراء معايينة الطلاب السعوديين في بريطانيا لم يكن لتقديم تحليل دقيق لإدراكات الطلبة للإرشاد والعلاج النفسي فحسب، بل كان أيضاً لجمع البيانات من الطلاب كقاعدة استكشافية يمكن من خلالها تقصي إدراكات المجتمع السعودي بشكل أوسع. وكما تم ذكره في الفصل الرابع فإن اختيار مثل هذا المجتمع المستهدف لم يكن ببساطة استجابة لمحددات الوقت والمصادر التي تؤثر في الدراسات كما في الدراسة الحالية. إن ذلك المجتمع المستهدف اعتبر نقطة

انطلاق جيدة، مع الأخذ في الاعتبار مستوى تعليمه ودرجة تعرضه للغرب.

إن مصادر جمع البيانات ربما وجب لها أن تكون أوسع. فعلى سبيل المثال، لم تطلب معلومات وأدلة من المرشدين الذين يمارسون عملهم في المملكة العربية السعودية، أو من متخصصين في مجال الإرشاد والتدريب الإرشادي: فمثل هؤلاء الناس يمكن أن يكونوا مصدراً مفيداً لبيانات إضافية لما يقدم من خدمات في المملكة العربية السعودية. وهؤلاء أيضاً قادرون على تقديم أفكار حول القضايا التي تعود إلى توفير الخدمات في البلد، وماهية إدراكاتهم للمرضى أو المراجعين واتجاهات المجتمع. ولكن بسبب محدودات الوقت والموارد، فإن الباحث قد استبعد جمع البيانات من هذا المصدر.

وعلى أية حال، فعلى الرغم من كون هدف الدراسة يتسم بالشمول أساساً، فإنه كان يركز على إدراكات جزء صغير من المجتمع للإرشاد والعلاج النفسي: وهم طلاب الدراسات العليا الذين يدرسون في بريطانيا وهم قادرون على تقديم إدراكات أوسع بالنسبة إلى الإرشاد والعلاج النفسي. إذ إنهم وبسبب مستواهم التعليمي وخبراتهم الواسعة، اعتبروا بأنهم مقتنعون تماماً بأهلية ما يقدم بالمملكة العربية السعودية، وإذا كان لديهم وعي معين لهذه الخدمات والقضايا، فإن مهمة إقناع الآخرين قد تكون أعظم. وكان يؤمل أيضاً بأن يضع الطلاب أفكارهم بشكل أفضل بسبب قدراتهم التحليلية لتحديد الطريق بحكمة من خلال التشابك بين الخرافة والتقاليد والاتجاهات نحو المرضى النفسيين والآخرين. أما بالنسبة إلى الحالات الأقل قساوة فهناك من يعتقد بأنها يمكن أن تنتفع من مثل هذه الخدمات لغرض العلاج من المشاكل المؤقتة التي تؤثر في نوعية حياة أصحابها وعلاقتهم الشخصية مع الآخرين.

وهناك قضية أخرى في عينة المقابلة تعود إلى الحجم الذي كانت عليه عينة المقابلات التي تألفت من أحد عشر فرداً، وهذا العدد يعتبر قليلاً نسبياً إلى حجم عينة الاستبيان، وكانت تمثل أقل من (٤ بالمائة). ولم تتضمن هذه العينة مستجوبات من النساء، على الرغم من أنه ولأسباب ثقافية كما ذكر في الفصل الثاني لا بد من شمولهن، وإن هذا لم يكن عملياً بسبب عدم القدرة على إجراء المقابلة مع رجل حتى وإن كان سعودياً. ولا يمكن اعتبار عينة المقابلة ممثلة بالضرورة لعينة الاستبيان ككل طالما أن الذين تمت مقابلتهم هم «متطوعون». نظرياً كان يمكن شمول هؤلاء الراغبين بتقديم شيء إيجابي وبشكل مهم عن الإرشاد ولديهم الفرصة لإجراء المقابلة، ولهذا كانت نتيجة العينة «متميزة».

وكذلك مثل هذه المناقشة يمكن أن تطبق على الاستبيان البريدي أيضاً، إذا كان عدد المشمولين كبيراً (٤٥٠) نسخة من الاستبيان أرسلت ولم يُتَسَلَمَ منها سوى ٣١٢، في حين أن مجموع الطلاب السعوديين بالمملكة المتحدة قدر رسمياً بحوالى ٨٠٠ طالب)، وأن ذلك سيقلص المجازفة في التحيزات الكبيرة.

ذكر الباحث في دفاعه عن ذلك بأنه حاول إخفاء طبيعة عينات المقابلة والاستبيان كي لا يقوم بتعميم النتائج على جميع طلاب الدراسات العليا في السعودية وحتى هؤلاء الذين في المملكة المتحدة. ولكن على الرغم من كون عينة المقابلة صغيرة نسبياً في عددها، فإنها قدمت مدى مهماً لوجهات النظر الخاصة بإدراكات الطلبة السعوديين عن الإرشاد والعلاج النفسي. وهذه الإجابات كانت متباينة، وكما لاحظنا في الفصل السادس عندما عرضت فيه نتائج المقابلة، بعض المستجوبين عرضوا خبرات حقيقية للإرشاد، البعض منها سلبية والأخرى إيجابية. وبالنسبة إلى الآخرين والتي تعتبر قضايا الإرشاد جديدة بالنسبة إليهم فقد أدلوا بأرائهم بصدها للمرة الأولى. وقد اعتبر الباحث مدى الإدراكات التي جاءوا بها متوازنة ولم تكن مقتصرة على هؤلاء الذين يوافقون أو يرفضون الإرشاد، وذلك لاستبعاد أن يتوقع أحد بأن هنالك تحيزاً كلياً في عينة المقابلة. وهكذا، حتى إذا كانت العينة لا تعكس النسب لهؤلاء الداعمين المنفتحي العقول وهؤلاء الذين ينتقدون بقوة الإرشاد، فإن الاستجابات كانت تسلط الضوء على نوع التفكير والخبرة اللذين لهما تأثير في إجابات عينة الاستبيان.

ثانياً: الاستنتاجات

فيما يلي أهم الاستنتاجات التي تم استخلاصها من الدراسة الحالية ومن وجهة نظر الباحث:

١ - أظهر الطلبة المشاركون في هذه الدراسة إدراكات مختلطة حول الهدف وممارسة الإرشاد والعلاج النفسي. وكان الدليل على ذلك في بعض ردود أفعال المستجوبين على القضايا التي عرضت في الدراسة. وكمثال على ذلك فإن بعض المستجوبين ما زال لديهم تصور بأن الإرشاد والعلاج النفسي يهتمان فقط «بالحالات المستعصية»، وقد عبر عنها بعض المستجوبين بـ «الناس المجانين».

٢ - على ضوء الأدلة في هذه الدراسة، يبدو بأن هنالك حاجة كبيرة لتثقيف المجتمع السعودي عن الإرشاد والعلاج النفسي. وهنالك حاجة أيضاً لتضمين تفسيرات لبعض المفاهيم الأساسية. وكمثال على ذلك، فإن الاختلافات بين الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين ما تزال تحتاج إلى توضيح.

٣ - دور الإرشاد في التربية اعتبر أولوية بالنسبة إلى غالبية أفراد العينة. لهذا يمكن لأحد أن يستنتج بأن مثل هذا المجال يحتاج إلى اهتمام أكبر.

٤ - على الرغم من كون عينة النساء صغيرة جداً، فإن الباحث شعر بأن الحاجة إلى الإرشاد بين النساء السعوديات يستحق اهتماماً أكثر، فقد طرحت العينة طلباً واضحاً من جميع أفرادها لتصميم برامج خاصة للإرشاد الموجه إلى النساء السعوديات.

٥ - لا يمكن للباحث الحكم على الدرجة التي يمكن للسلطات السعودية الانتفاع بها من الدراسة الحالية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي. وهو يأمل بأن يكون لهذه الدراسة بعض المساهمة للمعرفة الموجودة للإرشاد والعلاج النفسي في البيئة السعودية. فهنالك تطور في المراجع الخاصة بالإرشاد السعودي وخدمات العلاج النفسي. وقد وضعت بعض تلك المراجع في الفصل الثاني إضافة إلى بعض الأطروحات التي أنجزت من قبل الطلاب السعوديين التي تناولت بعض القضايا الخاصة بالإرشاد والعلاج النفسي^(١). إن

(١) S. J. Dossary, «Guidance Needs of Secondary School Students in Saudi Arabia,» (Unpublished Ph. D. Thesis, University of Denver, United States of America, 1981); H. A. Al-Ghamdi, «The Dynamic Forces in the Personalities of Juvenile Delinquents in Saudi Arabian Environment,» (Unpublished M. A. Thesis, Department of Psychology, University of Umm Al-Qura Saudi Arabia, 1984); F. Al-Rabiah, «Sources of Counsellor Burnout in Saudi Arabian Mental Health Settings,» (Unpublished Ph. D. Thesis, Ohio University, United States of America, 1987); M. A. Al-Mula, «The Problems and Concerns of College Students in Saudi Arabia as Identified by Students,» (Unpublished Ph. D. Thesis, University of Rochester, United States of America, 1989); F. A. Al-Mosharraf, «Saudi Students' Attitudes in the US Regarding Family Problems and the Need for Establishing Parent Education and Family Counselling Services in Saudi Arabia,» (Unpublished Ph. D. Thesis, Ohio University, United States of America, 1990), and M. S. Al-Shumaiman, «Juvenile Delinquency in Saudi Arabia,» (Unpublished M. Ed., University of Southern California, 1990).

تأثير مثل هذه المراجع على الممارسة الموجودة للإرشاد والعلاج النفسي تتطلب اهتماماً جدياً.

ثالثاً: التوصيات

يعي الباحث أن العناوين الفرعية السابقة بشكل أو بآخر يمكن أن تكون مضللة ما دامت تقبل النقاش، ولهذا فإن التالي يمكن أن يرى «كتوصيات» بالمعنى الحقيقي. إن استخدام مصطلح «مقترحات» قد لا يكون عادلاً بسبب العديد من الآراء الفكرية للمشاركين في هذه الدراسة والتي ساعدت الباحث على صياغة ما يتبع. في مكان آخر من الدراسة رجع الباحث إلى التوصيات بدلاً من الاقتراحات، وذلك لاعتبارها مصطلحاً أكثر ملاءمة.

وعلى ضوء بحث إدراكات الطلاب السعوديين بخصوص الإرشاد والعلاج النفسي، فإن أنواعاً من الأفكار صيغت «كتوصيات» يمكن عرضها على الأجهزة المسؤولة عن الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية. وهذه تتضمن الأفكار التالية:

١ - ربما القضية الأكثر أهمية والتي ظهرت بتكرار أكثر من قبل أفراد العينة كانت الحاجة إلى زيادة مستويات الوعي بين السعوديين بخصوص الإرشاد والعلاج النفسي. وعموماً، فقضية زيادة مستوى الوعي بين الأفراد السعوديين كافة يجب أن تعتبر قمة الأولوية للمسؤولين عن تقديم الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي. والجهود التي تذهب نحو زيادة مستوى الوعي يجب أن تتضمن استخدام الإعلام، بما فيه الإعلانات في الصحف الإخبارية، وفي المذياع والتلفاز. وهذه الفكرة وضعت من قبل المستجوبين مسبقاً بأن يكون هنالك يوم إرشادي وطني وحتى أسبوع إرشادي كأسلوب جيد لتركيز مثل هذه الجهود.

٢ - برامج تدريبية متخصصة للمرشدين تحدد إلى درجة كبيرة مخرجات أو ناتج العملية الإرشادية. لهذا فإن قضية التدريب للمرشدين يجب أن تعطى اهتماماً أكبر وخصوصاً في القطاع التربوي الذي فيه عدد كبير من مرشدي الطلبة والذين ليس لديهم تدريب في الإرشاد كما توضّح ذلك في الفصل الثالث. فإذا كانت الحاجة إلى مثل هؤلاء المرشدين ما زالت ملحّة، فمن الضروري أن يدعموا بشكل جيد على الأقل في القضايا الأساسية للإرشاد

التي تتضمن الإلمام بالمهارات الإرشادية الأساسية مثل المقابلة، والإصغاء الجيد، وقضايا أخلاقية في الإرشاد وهكذا.

هذا التدريب المكثف يمكن أن ينظم من خلال جهود تعاونية بين وزارة التربية والاختصاصيين الإرشاديين ومن ضمنهم أساتذة الجامعة المتخصصون بالإرشاد. نقطة أخرى ذات علاقة بتدريب مرشدي المدارس تكمن في تنفيذ فكرة «المرشد النظير».

وبحدود معرفة الباحث ليس هناك معايير ثابتة في المدارس السعودية التي يمكن بواسطتها تدريب الطلاب (الذين يصبحون أعضاء فيما يدعى بالمجموعة الإرشادية) ليكونوا قادرين ولدرجة معينة على السيطرة على «الموقف الإرشادي».

في الحاضر، يكمن دورهم الأساسي في توزيع إعلانات عن الإرشاد والتوجيه في المدرسة، ومساعدة المرشد على تنظيم رحلات معينة، وهكذا. وقد جرى بحث تأسيس برامج تدريب المرشد النظير في المدارس السعودية، وهذا يمكن أن يساعد في تطوير أفكار يمكن أن تكون مساعدة في تخفيف بعض الضغوط التي تواجه برامج الإرشاد والتوجيه التربوي في المملكة العربية السعودية.

٣ - استناداً إلى نتائج البحث، فإن غالبية المستجوبين اعتبرت الإرشاد مهماً للنساء السعوديات، وأنهن بحاجة إلى مرشديات إناث. لذلك فإن توفير التدريب للمرشديات النساء مطلوب للتجاوب مع تلك الحاجة. ويجب أن تهيأ خدمات خاصة لتدريب المرشديات متضمنة هيئة تدريسية مؤهلة من النساء لتنفيذ واجبات التدريب والتدريس في مثل هذه البرامج.

٤ - أظهرت النتائج بأن المستجوبين اعتبروا أن للمعالجين الدينيين والتقليديين دوراً يؤدونه في «المعالجة» كما تبين ذلك في الفصل الثاني، وأن المعتقدات التقليدية بخصوص العلاج الطبي النفسي بالإضافة للإرشاد والعلاج النفسي لا تزال موجودة في عقول بعض المرضى النفسانيين السعوديين وعائلاتهم. لهذا فمن المعقول اقتراح تعاون «رسمي» بشكل معين بين المعالجين النفسانيين والمعالجين الدينيين والتقليديين؛ وهذا التعاون قد يكون مفيداً، إن لم يكن أساسياً.

٥ - قد يكون من الأهمية أن تؤسس الحكومة السعودية مركزاً إرشادياً

في كل مجتمع . هذه الفكرة جاءت بها عينة المقابلة . أما الدور الذي يؤديه هذا المركز فيمكن أن يكون وقائياً بدلاً من أن يكون علاجياً في خصوصيته . وكمثال على ذلك ، فإن هذه المراكز يمكن أن تركز على جمع المعلومات عن المشاكل التي يتكرر وقوعها في المجتمع غالباً ، ومن الممكن أن تشمل سوء استخدام العقاقير ، والإساءة العاطفية والجنسية والبدنية للأطفال والمشاكل الزوجية ومن ضمنها الطلاق والانفصال .

٦ - هذه المراكز بالتعاون مع مجتمع المساجد يمكن أن تلعب دوراً حيوياً في توزيع الرسائل عن قضايا الصحة العقلية في المجتمع وذلك بجلب متحدثين لتقديم محاضرات عن موضوعات معينة . ويمكن أيضاً أن تطلب هذه المراكز من المتطوعين الذكور والإناث في المجتمع أن يتعاونوا مع العاملين على مساعدة المجتمع في التعامل مع مشاكله في وقت الأزمات مثل موت الأبوين والتجاوب مع تأثيرات الطلاق وهكذا .

٧ - التطوير المستمر في المملكة العربية السعودية يتطلب جلب الكثير من الأجانب . وبعض هؤلاء قد يحتاج إلى مساعدة إرشادية . فالمعالجون يحتاجون إلى فهم الثقافة التي يأتي منها طالب العلاج . وتبادل المؤتمرات التي تركز على القضايا المشتركة بين الثقافات يمكن أن تكون مفيدة جداً . وخلصات الأبحاث التي تعرض في مثل هذه المؤتمرات يجب توفيرها لعموم المجتمع ، وربما يجري ذلك بتوزيع نسخ إلى مكتبات المجتمعات . هذه يمكن أن تكون وسيلة مفيدة لزيادة وعي المجتمع بخصوص الإرشاد والعلاج النفسي .

٨ - تنفيذ مختلف الحلقات الدراسية التي تتعامل مع المشاكل التي تواجه السعوديين تكون مساعدة في مواجهة بعض الاهتمامات النفسية إضافة إلى كونها مساعدة علاجياً في التعامل مع القضايا الصحية العقلية . ومثل هذه الحلقات الدراسية قد تتضمن مساهمات من قبل اختصاصي الصحة العقلية وتتعامل مع موضوعات لها صلة باهتمامات المجتمع . هذه الحلقات الدراسية يمكن أن تنفذ في أماكن مختلفة مثل المساجد والمدارس والجامعات ونوادي الفنون وهكذا . إن استخدام مثل هذه الصيغ يمكن أن تساعد أيضاً في تنوير المجتمع وتعريفه على الإرشاد والعلاج النفسي الممارس .

٩ - عندما نتعامل مع موضوع الشكل «المثالي» للمرشد ، فإن معظم المستجوبين السعوديين اعتقدوا بأن المرشد السعودي كان الأفضل بالنسبة إلى

فهم الثقافة والناس. فإذا كان الأمر كذلك فعلى السلطات السعودية أن تختار الطرق والوسائل لترويج صورة الإرشاد والعلاج النفسي بشخصية سعودي وليس بواسطة تلك التي تستورد من الغرب.

١٠ - يجدر بالإرشاد والعلاج النفسي استخدام اختصاصيين ومهنيين آخرين في المهن المساعدة مثل الممرضات، والمدرسين، والعاملين الاجتماعيين، والمعالجين الدينيين، ومديري المدارس وبعض رموز المجتمع الأخرى. إن مثل هذا العمل لا يساعد في عملية التنوير فحسب وإنما يمكن أن يوسع مقدار الدعم لهؤلاء الذين هم بحاجة إلى الإرشاد أيضاً.

١١ - إن موضوع السرية مهم جداً في الإرشاد وقد أثير من قبل عدد من المستجوبين، لذلك فإن الأجهزة المسؤولة عن الإرشاد والعلاج النفسي في المملكة العربية السعودية يجب أن تقوم على مبادئ أخلاقية صارمة لتوجيه ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي. ومثل هذه المبادئ يجب أن تكون متوفرة للمراجعين لكي يقتنعوا بأن القضايا الأخلاقية وبضمنها السرية قد تم تشخيصها بشكل ملائم. إن هذا يمكن أن يساعد في تقوية ثقة المجتمع بخدمات الإرشاد والعلاج النفسي.

رابعاً: مقترحات لدراسات بحثية إضافية

في بيئة المملكة العربية السعودية، هنالك عدد من الموضوعات البحثية التي يمكن تنفيذها. على أية حال، في ضوء الدراسة الحالية يعتبر الباحث أن الموضوعات البحثية التالية يجدر إعطاؤها أفضلية متقدمة، وهي:

١ - الدراسة الحالية هي استكشافية لتحديد إدراكات المجتمع نحو الإرشاد والعلاج النفسي وتعاملت مع مجتمع طلابي ضيق. العمل الذي تم إجراؤه في هذه الدراسة تضمن تطوير استبيان خاص يمكن أن يخدم كنقطة بدء أساسية لتقدير المدركات في المجتمع السعودي الواسع.

٢ - السعوديون الذين لديهم خبرة حقيقية في الإرشاد والعلاج النفسي يمكن أن يقدموا أحكاماً دقيقة بخصوص هذه الموضوعات. ولهذا فإن بحث الخبرات الحقيقية للسعوديين في الإرشاد والعلاج النفسي يمكن أن يكون مفيداً في المساعدة على تقديم الخدمات التي يمكن أن تلبي حاجات السعوديين. إن البحث في إدراكات الوالدين وعائلات المرضى النفسانيين يمكن أن يقدم أفكاراً مفيدة للممارسة الحالية وطريقة تقبلها. ومثل هذه المعلومات قد تكون

ذات أهمية لجعل المعالجة أكثر فعالية.

٣ - ويشكل مشابه، تلعب الخبرة دوراً حيوياً في التأثير في الإدراكات. لهذا فإن البحوث في مجال خبرات المعالجين والمرشدين الذين يعملون في المملكة العربية السعودية يمكن أن توفر أفكاراً مفيدة لكيفية تحسين الخدمات الإرشادية في البلد. مثل هذه البحوث يمكن أن تأخذ بالحسبان أيضاً فاعلية نتائج الإرشاد والعلاج النفسي بين الخدمات الإرشادية «العامة» و«الخاصة» في الواقع السعودي، وكما يرى من قبل الممارسين والمراجعين.

٤ - بسبب كون المملكة العربية السعودية دولة كبيرة في مساحتها، فإن هذا الوضع أوجد ثقافات فرعية (ثانوية) داخل الثقافة السعودية الرئيسة. لهذا فإن ذلك قد يؤدي إلى اختلاف المشاكل بين الناس في المناطق السعودية المختلفة بسبب الثقافات الفرعية والاختلافات الأخرى. فإذا كان هنالك مثل هذه الاختلافات، فإن مجموعة مختلفة من الأفضليات في الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي يمكن أن تكون ضرورية لتعكس طبيعة وشخصية كل منطقة. ولهذا، فإن دراسة كشف المرض العقلي في المحافظات السعودية يمكن أن تكون مفيدة جداً. البحث في الاختلافات بين الرجال السعوديين والنساء السعوديات في تلك المناطق بالنسبة إلى اتجاهاتهم نحو الإرشاد والعلاج النفسي يمكن أن يزود هؤلاء الذين يعملون في مجال هذه الخدمات بأفكار أفضل لكيفية تشخيص احتياجات الناس مع الأخذ في الاعتبار أي اختلافات بين الثقافات الفرعية.

٥ - وكما تحدثنا في الفصل الثاني، فإن التطبيق الأعمى لمناهج الإرشاد والعلاج النفسي الغربية عندما نتعامل مع المراجعين السعوديين يمكن أن يكون مثاراً للتساؤل. لهذا ينصح بدراسة فاعلية مناهج الإرشاد والعلاج النفسي لعينة من السعوديين.

عندما أمضى الباحث في دراسته ثلاث سنوات، كان غير متأكد تماماً مما يمكن أن تبينه دراسته المفترضة هذه، وما هي النتائج التي ستقدمها حقيقة. وكمرشد نفسي، كان لديه اهتمام بمخرجات البحث مع الأخذ في الاعتبار أنها ركزت على ما يحدث في بلده الأم. ونتيجة لقناعته بفائدة الإرشاد والعلاج النفسي فإنه كان يتطلع إلى أن تساهم هذه الخدمات مع بقية الخدمات المجتمعية الأخرى في تحسين نوعية الحياة ومعيشة الناس في المملكة العربية السعودية. ونتيجة للوقت الذي قضاه في الدراسة والعمل في الخارج، في

كندا وبريطانيا، فقد أدهشه التقدم الذي حصل بالنسبة إلى الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي ووعي المجتمع. وهذه الدراسة بررت معتقداته وعززت الثقة بأنه ما زال هنالك الكثير الذي يجب عمله لتوسيع الخدمات وتبديد سوء فهم المجتمع السعودي للمرض العقلي والإرشاد والعلاج النفسي. وأخيراً يتطلع الباحث بشوق لعودته إلى البلد الأم ليقوم بدوره في تلك المهمة الهامة.

الملاحق

الملحق رقم (١) الاستبيان

بسم الله الرحمن الرحيم

خريف ١٩٩٥م

عزيزي الطالب . . .

أنا طالب دكتوراه في كلية التربية بجامعة مانشستر (Faculty of Education, University of Manchester) تحت إشراف البروفسور قاجندا ك. فيرما (Gajendra K. Verma). أبحث الآن في موضوع: «مفهوم الطلاب السعوديين في بريطانيا عن الإرشاد والعلاج النفسي»، تمكنت من الحصول على عنوانكم من إدارة الأندية السعودية في بريطانيا.

بين يديك عزيزي الطالب نسخة من استبيان متعلق بهذه الدراسة، سأكون ممتناً إذا تكرمت بتعبئته وإرساله لي في الظروف المعنونة والمرفق مع الاستبيان، في أسرع وقت ممكن. ولا يفوتني التأكيد على أن هذا الاستبيان ليس له أي استعمال آخر سوى مجال البحث العلمي، فكل معلوماته سوف تعامل بأمانة علمية وسرية بحيث لا تتعدى موضوع الدراسة.

إن وجهات نظركم وآرائكم تشكل العمود الفقري في موضوع بحثي إذ إنها تمكنني من تقييم الوضع الحالي للخدمات النفسية بالملكة، كما أنها ستساعدني على تقديم الاقتراحات اللازمة لتطويرها وإثرائها. إلى جانب هذا الاستبيان أود كذلك اللقاء ببعضكم في بريطانيا للتحدث حول القضايا المتعلقة بموضوع الدراسة. لذا فإني سأكون شاكراً لك كل الشكر إذا كنت لا تمنع من الالتقاء بي في المكان والزمان المناسبين لك. لأجل هذا الغرض تم تخصيص خانات أسفل الرسالة لتعبئتها بالإسم والعنوان ورقم الهاتف.

كما أود التنبيه أيضاً إلى أنه يسعدني كثيراً أن أتلقى منكم أية ملاحظة أو استفسار بخصوص البحث، لذا فإني أرجو منكم عدم التردد في الاتصال بي على هاتف: (٠١٦١ - ٨٨٨٢١١٠).

سلطان العويضة

الملحق رقم (٢) رسالة المتابعة

بسم الله الرحمن الرحيم

١٩٩٥/١٠/٢٥ م

أخي الطالب

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد...

أكتب لك هذه الرسالة تعقيماً على الاتصال الأول والذي تضمن إرسال استبيان لكم عن الدراسة التي أعدها كمتطلب أساسي لبحث الدكتوراه.

أرجو التكرم بتعبئة الاستبيان وإعادةه في ظرف المرفق (مدفوع القيمة مسبقاً). هذا، وإذا سبق لكم أن أرسلتم الاستبيان، فهذه فرصة لأن أقدم لكم جزيل شكري على هذه الخدمة.

أخيراً، تقبل خالص تحياتي والسلام عليكم.

أخوكم الطالب:

سلطان موسى العويضة

55 Vancouver Quay,
Salford Quays,
Manchester, M5 2TU
Tel: 0161-8882110

الملحق رقم (٣)
رسالة رسمية لتسهيل مهمة الباحث

التاريخ: ١٤١٥/٢/٢٩

سعادة وكيل الوزارة لشؤون الرعاية الاجتماعية
المحترم الرقم: ٢٠/٥١٥

وزارة العمل والشؤون الاجتماعية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته. . وبعد

يحتاج مبتعث قسم علم النفس/سلطان موسى العويضة إلى بعض
المعلومات عن ما تقدمه الوزارة من خدمات نفسية واجتماعية.

لذا نأمل التكرم بالموافقة على تسهيل مهمته وإفساح المجال له بالحصول
على المعلومات التي يرغب في الاستعانة بها في الدراسات التي سيجريها.
وتفضلوا بقبول خالص تحياتي وتقديري.

١٤١٥/٢/٢٩

عميد كلية التربية
د. سليمان بن محمد الجبر

المراجع

١ - العربية

دوريات

حسين، ف. «دراسة في دور العلاجات غير الأصولية في المرض النفسي». «المجلة العربية للعلوم النفسية: السنة ٢، العدد ٢، [د. ت.].»

وثائق

الرئاسة العامة لتعليم البنات. «المخطط العام للتعليم الاجتماعي والاستشارة الطلابية». الرياض: الهيئة العامة لإدارة التعليم والإرشاد، ١٩٩٥.

وزارة الصحة. «خدمات الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية». السعودية: وزارة التخطيط، ١٩٨٢.

_____. «الصحة النفسية». الرياض: الوزارة، المديرية العامة للصحة الاجتماعية والنفسية، ١٩٩٢.

٢ - الأجنبية

Books

Allen, R. E. (ed.). *The Concise Oxford Dictionary*. 8th ed. Oxford: Clarendon Press; New York: Oxford University Press, 1990.

Badri, Malik B. *The Dilemma of Muslim Psychologists*. London: MWH London, 1979.

Belkin, Gary S. *Introduction to Counseling*. 3rd ed. Dubuque, Iowa: W. C.

- Brown Co. Publishers, 1988.
- . *Practical Counseling in the Schools*. Dubuque, Iowa: W. C. Brown Co. Publishers, [1975].
- Berenson, Bernard G. [and] Robert R. Carkhuff (eds.). *Sources of Gain in Counseling and Psychotherapy; Readings and Commentary*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1967.
- Borgatta, Edgar F. and William W. Lambert (eds.). *Handbook of Personality Theory and Research*. Chicago, IL: Rand McNally, [1968].
- Boring, Edwin Garrigues. *A History of Experimental Psychology*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts, [1950]. (Century Psychology Series)
- Brown, Dennis and Jonathan Pedder. *Introduction to Psychotherapy: An Outline of Psychodynamic Principles and Practice*. 2nd ed. Kent, UK: Mackays of Chatham Ltd., 1991.
- Brown, Duane and Linda Brooks and Associates. *Career Choice and Development*. San Francisco; London: Jossey-Bass Publishers, 1987. (Jossey-Bass Management Series, Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series)
- Bruno, Frank J. *Dictionary of Key Words in Psychology*. London; Boston, MA: Routledge and K. Paul, 1986.
- Burton, Arthur (ed.). *Operational Theories of Personality*. New York: Brunner/Mazel, [1974].
- Cohen, Louis and Lawrence Manion. *Research Methods in Education*. 4th ed. London; New York: Routledge, 1994.
- Corey, Gerald. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 3rd ed. Monterey, CA: Brooks/Cole Pub. Co., 1986.
- . ———. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub. Co., 1990.
- Corsini, Raymond J. (ed.). *Handbook of Innovative Psychotherapies*. New York: Wiley, 1981. (Wiley Series on Personality Processes; 0195-4008)
- Current Psychotherapies*. [Compiled by] Raymond J. Corsini with the assistance of Danny Wedding. 3rd ed. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, 1984.
- . [Compiled by] Raymond J. Corsini and Danny Wedding with the

- assistance of Judith W. McMahon. 4th ed. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, 1989.
- Dryden, Windy, Ian Horton and Dave Mearns. *Issues in Professional Counsellor Training*. London: Cassell Educational Ltd. 1995. (Counsellor Trainer and Supervisor Series)
- Fagan, Joen and Irma Lee Shepherd (eds.). *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, Applications*. New York: Harper and Row, [1970].
- Friedman, M. (ed.). *The World Existentialism*. Toronto: Random House, 1961.
- Garfield, Sol L. and Allen E. Bergin (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3rd ed. New York: Wiley, 1986.
- George, Rickey L. and Therese S. Cristiani. *Counseling: Theory and Practice*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1990.
- Green, Michael. *Theories of Human Development: A Comparative Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1989.
- Hall, Calvin S. and Gardner Lindzey. *Theories of Personality*. 2nd ed. New York: Wiley, [1970].
- Haley, Jay (Comp). *Changing Families; a Family Therapy Reader*. New York: Grune and Stratton, [1971].
- Herink, Richie (ed.). *The Psychotherapy Handbook*. Foreword by Daniel Goleman. New York: Meridian, 1980.
- Herr, Edwin L. and Stanley H. Cramer. *Career Guidance and Counseling through the Life Span: Systematic Approaches*. 3rd ed. Glenview, IL: Scott, Foresman/Little, Brown College Division, 1988.
- Holmes, Jeremy. *Between Art and Science: Essays in Psychotherapy and Psychiatry*. London; New York: Tavistock/Routledge, 1993.
- Kazdin, Alan E. *Behavior Modification in Applied Settings*. Rev. ed. Homewood, IL: Dorsey Press; Georgetown, Ont.: Irwin-Dorsey, 1980. (Dorsey Series in Psychology)
- Leedy, Paul D. *Practical Research: Planning and Design*. 5th ed. New York: Macmillan, 1993.
- Ministry of Education. *GuideLines For Special Education*. Riyadh: General Directory for Special Education Programmes, Ministry of Planning

- Library, 1981.
- . . *Statistic for the Year 1417 H*. Riyadh: General Administration for Guidance and Counselling, 1996.
- Ministry of Health. *Health Report for the Year 1414/1415*. Riyadh: General Directory of Mental Health, 1995.
- Nelson-Jones, R. *The Theory and Practice of Counseling Psychology*. London: Cassell Educational Ltd., 1993.
- Nisbet, J. D. and N. J. Entwistle. *Educational Research Methods*. London: University of London Press, 1974.
- Patterson, C. H. *Theories of Counseling and Psychotherapy*. 3rd ed. New York: Harper and Row, 1980.
- . . 4th ed. New York: Harper and Row, 1986.
- Pervin, Lawrence A. *Personality: Theory, Assessment, and Research*. 2nd ed. New York: Wiley, 1975.
- Robson, Colin. *Experiment, Design and Statistics in Psychology*. [Harmondsworth, Eng.: Penguin Books, 1973]. (Penguin Modern Psychology Texts, Penguin Education)
- Rogers, Carl R. *Becoming Partners; Marriage and Its Alternatives*. New York: Delacorte Press, [1972].
- . . *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper and Row, [1970].
- . . *Carl Rogers on Personal Power*. New York: Delacorte Press, 1977.
- . . *Client-Centered Therapy, Its Current Practice, Implications and Theory*. With chapters contributed by Elaine Dorfman, Thomas Gordon [and] Nicholas Hobbs. Boston, MA: Houghton Mifflin Company, [1951]. (Houghton Mifflin Psychological Series)
- . . *Counseling and Psychotherapy; Newer Concepts in Practice*. Boston, MA; New York: Houghton Mifflin Company, [1942].
- . . *Freedom to Learn for the 80's*. With special contributions by Julie Ann Allender... [et al.]. Columbus, OH: C. E. Merrill Pub. Co., 1983.
- . . *On Becoming a Person; a Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company, [1961].

- . *A Way of Being*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company, 1980.
- Schultz, Duane P. and Sydney Ellen Schultz. *A History of Modern Psychology*. 4th ed. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
- Shepard, Martin and Marjorie Lee. *Games Analysts Play*. [New York]: Berkley Medallion Books, [1970].
- Stein, Morris I. (ed.). *Contemporary Psychotherapies*. Glencoe, IL: Free Press, 1961.
- Sue, Derald Wing and David Sue. *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice*. 2nd ed. New York: Wiley, 1990.
- Al-Tawail, A. and N. Al-Mulhem. *Professional Preparation of School Counsellors in Saudi Arabia: Present Trends and Future Competency*. Riyadh: Ministry of Education, General Directory of School Guidance and Counselling, [n. d.].
- Techniques for Behavior Change; Applications of Adlerian Theory*. Compiled and edited by Arthur G. Nikelly; foreword by Alexandra Adler; epilogue by Rudolf Dreikurs. Springfield, IL: Thomas, [1971].
- Thorne, Brian. *Person-Centred Counselling: Therapeutic and Spiritual Dimensions*. London; New Jersey: Whurr Publishers, 1991. (Counselling and Psychotherapy Series)
- Todd, Judith and Arthur C. Bohart. *Foundations of Clinical and Counselling Psychology*. 2nd ed. London; New Jersey: Harper Collins College, 1994.
- Verma, Gajendra K. and Ruth M. Beard. *What is Educational Research?: Perspectives on Techniques of Research*. Aldershot: Gower, 1981.

Periodicals

- Abdul-Satter, I. and A. Al-Nafie. «Perceptions and Concerns about Socio-cultural Changes and Psychopathology in a Saudi Arabian Sample.» *Psychopathology*: vol. 20, 1987.
- Abed, R. T. «Correspondence.» *British Journal of Psychiatry*: vol. 16, 1992.
- Bluhm, H. P. «The Place of Guidance in Egypt.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 6, 1983.
- Butler, A. «Sexual Apartheid in Saudi Arabia.» *New Society*: 6 July 1978.
- Chaleby, K. «Cousin Marriages and Schizophrenia in Saudi Arabia.» *British*

- Journal of Psychiatry*: vol. 150, 1987.
- . «Psychosocial Stresses and Psychiatric Disorders in an Outpatient Population in Saudi Arabia.» *Acta Psychiatrica Scandinavica*: vol. 73, 1986.
- . «Psychotherapy with Arab Patients, toward a Culturally Oriented Technique.» *Arab Journal of Psychiatry*: vol. 3, no. 1, 1992.
- . «Social Phobia in Saudis.» *Social Psychiatry*: vol. 22, 1987.
- . «Traditional Arabian Marriages and Mental Health in a Group of Outpatient Saudis.» *Acta Psychiatrica Scandinavica*: vol. 77, 1988.
- Cheng, L. Y. «Western Psychotherapy and Non-Western Populations.» *British Journal of Psychiatry*: vol. 160, 1992.
- «Counselling: Some Questions Answered.» *Language Learning Journal: Journal of the Association for Language Learning* (Rugby, British Association for Counselling): CV 21, 2 PN, April 1994.
- Day, R. C. «Attitudes toward Counselling in the Middle East.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 6, 1983.
- Dubovsky, S. L., R. Pasnau and L. Hartmann. «Psychiatry in Saudi Arabia.» *American Journal of Psychiatry*: vol. 140, no. 11, November 1983.
- Hahn, M. E. «Conceptual Trends in Counselling.» *Personnel and Guidance Journal*: vol. 31, 1953.
- Ibrahim, F. «Cross-cultural Counselling and psychotherapy: An Existential-psychological Approach.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 7, 1984.
- Ivey, A. E. «Counselling Psychology: The Most Broadly Applied Psychology Speciality.» *Counseling Psychologist*: vol. 8, no. 3, 1979.
- Lee, S. «Applicability of Psychotherapy for Non-Western People.» *British Journal of Psychiatry*: vol. 161, 1992.
- Madsen, B. «Occupational Guidance and Social Change.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 9, 1986.
- Mckellar, A. «More on Psychiatry in Saudi Arabia.» *American Journal of Psychiatry*: vol. 141, no. 8, August 1984.
- «Ministry of Education Appointing 552 Teachers to Work in the Students

- Counselling for the Year 1417.» *Al-Riyadh Newspaper*: 24/6/1996.
- Moracco, J. C. «Counselling: A View from the Middle East.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: no. 3, 1978.
- Racy, J. «Somatization in Saudi Women: A Therapeutic Challenge.» *British Journal of Psychiatry*: vol. 137, 1980.
- Rogers, Carl R. «The Necessary and Sufficient Condition of Therapeutic Personality Change.» *Journal of Consulting Psychology*: vol. 21, 1957.
- Saleh, M. A. «Counselling and Guidance in the Kingdom of Saudi Arabia.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 10, 1987.
- El-Sherbini, E. and K. Chaleby. «Towards a Culture-specific Psychotherapy.» *British Journal of Psychiatry*: vol. 160, 1992.
- Soliman, A. M. «The Counselling Needs of Youth in the Arab Countries.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 9, 1986.
- . «The Counsellor as an Agent of Change: Some Implications for Developing Countries.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 4, 1981.
- . «Status, Rationale and Development of Counselling in the Arab Countries: Views of Participants at a Counselling Conference.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 10, 1987.
- Al-Subaie, A. «Psychiatry in Saudi Arabia: Cultural Perspectives.» *Transcultural Psychiatric Research Review*: vol. 29, 1989.
- . «Traditional Healing Experiences in Patients Attending a University Outpatient Clinic.» *Arab Journal of Psychiatry*: vol. 5, no. 2, 1994.
- Shymko, D. L. «The Counsellor and Changing Canadian Sexual Mores.» *International Journal for the Advancement of Counselling*: vol. 2, 1979.

Conferences

Conference Organized by International Society for Theoretical Psychology with the Support of CNRS, Bierville, France, 25-30 April 1993.

Development of Education in the Kingdom of Saudi Arabia: National Report. Prepared by Data Center in collaboration with the National Committee for Education, Culture and Science. Riyadh: Ministry of Education, Educational Development, 1996.

Theses

- Dossary, S. J. «Guidance Needs of Secondary School Students in Saudi Arabia.» (Unpublished Ph. D. Thesis, University of Denver, United States of America, 1981).
- Al-Ghamdi, H. A. «The Dynamic Forces in the Personalities of Juvenile Delinquents in Saudi Arabian Environment.» (Unpublished M. A. Thesis, Department of Psychology, University of Umm Al-Qura, Saudi Arabia, 1984).
- Al-Mosharraf, F. A. «Saudi Students' Attitudes in the US Regarding Family Problems and the Need for Establishing Parent Education and Family Counselling Services in Saudi Arabia.» (Unpublished Ph. D. Thesis, Ohio University, United States of America, 1990).
- Al-Mula, M. A. «The Problems and Concerns of College Students in Saudi Arabia as Identified by Students.» (Unpublished Ph. D. Thesis, University of Rochester, United States of America, 1989).
- Al-Rabiah, F. «Sources of Counsellor Burnout in Saudi Arabian Mental Health Settings.» (Unpublished Ph. D. Thesis, Ohio University, United States of America, 1987).
- Al-Saif, A. «Islamic Education in Saudi Secondary Schools.» (Unpublished Ph. D. Thesis, University of Manchester, Faculty of Education, United Kingdom, 1996).
- Al-Shumaiman, M. S. «Juvenile Delinquency in Saudi Arabia.» (Unpublished M. Ed., University of Southern California, 1990).

Documents

- «Programme for Encouraging Creative Students.» Riyadh, Ministry of Education, General Administration for Guidance and Counselling Students, 1992. Issue no. 41/4/38/46/230 dated 8/4/1412.
- «Programme for Receiving First Class Students in the Elementary Level.» Riyadh, Ministry of Education, General Administration for Guidance and Counselling Students, 1992. Issue no. 32/4/10/141/46 dated 7/3/1412.
- Al-Radhi, O. «Cultural and Mental Health in Saudi Arabia.» Riyadh, Ministry of Health, [n. d.]. Unpublished Manuscript.
- «Work Plan for Students Counselling and Guidance Programme for the Year

1416.» Riyadh, Ministry of Education, General Administration for Guidance and Counselling Students, 1995. Issue no. 32/7/1/344/46 dated 30/5/1416.

Al-Yahya, F. S. «Saudi Arabia: Acknowledging Problems in a Transitional Culture.» Riyadh, Military Hospital, Department of Psychiatry, [n. d.]. Unpublished Manuscript.

فهرس

- الأمية: ٦٧
الانتقائية: ٦٨
انتوستل، ن. ج.: ١٠٣
الانعزال الداخلي: ٦٨
- ب -
باترسون، سيسيل هولدن: ٢٧
باون، موري: ٥٢
البحث التجريبي: ٩٧
البحث الوصفي: ٩٧
البدرى، مالك: ٧٢
برنامج الرزمة الإحصائية في العلوم
الاجتماعية (SPSS): ١١٣
بريد، جيمس: ٣٠
البطالة: ١٥٣، ٢٠٣
بلكن، غاري س.: ٢٧
بلم، هـ. ب.: ٨٦
بورنغ، إدوين غاريغز: ٢٩
بوهارت، آرثر: ٤١، ٥١
بياجيه: ٧٠، ٧٣، ٧٤
بيرد، روث: ٩٧، ١٠٤
بيرلز، ف.: ٥٠
بيرلز، لورا: ٤٩
بيرن، إيريك: ٥٣
- ت -
تحليل التحويل: ٣٩
- أ -
ابراهيم، ف.: ٢٨
أدلى، ألفرد: ٥١، ٥٢
الإرشاد الاجتماعي: ١٧٠، ١٨٤، ١٩٧
الإرشاد الأكاديمي: ١٧٠، ١٨٧، ١٩٧
الإرشاد التربوي: ٣١
الإرشاد الزواجي: ٣١، ٥٢، ٥٧، ١٤١،
١٩٦
الإرشاد الشخصي: ٣١، ١٧٠، ١٩٧
الإرشاد النفسي: ١٨٤، ١٨٦، ١٨٧
الإرشاد الوالدي: ٥٢
الإسلام: ١٥، ٦١، ٦٢، ٦٨، ٨٦،
١٤٨، ١٥٠، ١٥٥، ١٥٨ - ١٦٠،
١٨٠، ١٨٢، ١٨٣، ١٩٧، ٢٠١،
٢٠٨، ٢٠٢
اضطراب الدم في الجسد: ٦٤
الاضطرابات الجنسية: ٥٥
الاضطرابات العقلية: ١٩٤
اضطرابات القلق: ٥٥
الاضطرابات النفسية: ١٨، ٢٥، ١٦٧،
١٩٥
الإعلام السعودي: ١٥٣، ١٧٧
الإعلام العربي: ١٥٣
الاكتئاب: ٥٥، ٦٧، ٧٠
ألبورت: ٣٥، ٣٦
إليس، أ.: ٥٦

جلبي، ك.: ٢٨، ٦٦، ٦٩، ٧٠، ٧٣،
١١٠، ١٩٤، ٢٠٢
الجمعية البريطانية للإرشاد: ١٨
الجن: ٦٤، ١٥٠

- ح -

حرب الخليج (١٩٩٠ - ١٩٩١): ٢٠٣
الحسد: ٦٤
حسين، ف.: ٦٥

- خ -

الخدمات الإرشادية: ٨٣، ٩١، ٩٢،
١٣٣، ١٤١، ١٤٧، ١٥٠، ١٥٤،
١٥٦، ١٥٧، ١٥٩، ١٦٠، ١٦٥،
١٧٣، ١٧٥، ١٧٧ - ١٨٠، ١٨٣،
١٨٧، ١٩٣، ١٩٥، ١٩٦، ١٩٨،
١٩٩، ٢٠١ - ٢٠٣، ٢٠٥، ٢٠٧،
٢٠٨، ٢١٠، ٢٢٢، ٢٢٣
الخدمات التربوية: ٩١
خدمات الصحة النفسية: ١٥
الخدمات الصحية: ٩١
الخدمات النفسية: ٩١
الخوف الاجتماعي: ٦٦

- د -

درايدن، ويندي: ٣٥
الدليم، فهد: ٧١
دوبفسكي، س. ل.: ٦٢، ٦٥، ٦٨
ديفونشاير، تشارلز: ٤٨

- ر -

راسي، ج.: ٦٧
الراضي، أسامة: ٦٤، ٧٨
رش، بنجامين: ٣٠
روجرز، كارل: ٤٧، ٤٨

التحليل التركيبي: ٥٣
تحليل التعامل: ٥٣، ٥٤، ٥٨
تحليل المقاومة: ٣٩
التحليل النفسي: ٣٥، ٣٨ - ٤٠
التدريب الإرشادي: ٢٠٧، ٢١٥
تدريب المرشد: ١٥٨، ٢١٨، ٢١٩
تدريب المعلمين: ٩٠
التدريب المهني التربوي: ٩٠، ٢٠٧
تشنغ، ل. ي.: ٧٣
التعليم الإسلامي: ١٣٦، ١٤٣، ١٤٨،
١٥٠، ١٥٢، ١٥٥

التعليم الخاص: ٨٣ - ٨٥
التعليم الخاص للصم: ٨٣
التعليم الخاص للمعوقين: ٨٦
تعليم الفتاة: ١٥٢
التقاليد الدينية: ٢٠٧
التنسيم: ٦٤
التنويم المغناطيسي: ٣٠، ٣١
التوجيه المهني: ١٤١
تود، جوديث: ٤١، ٥١

- ث -

الثقافات الفرعية: ٢٢٢
الثقافة الإسلامية: ١٤٧
الثقافة الأفقية: ٧٣
الثقافة السعودية: ٧٢، ٧٧، ١١٠، ١٤٦،
١٩٤، ٢٠٢، ٢٠٣، ٢٠٧، ٢٢٢
الثقافة الطولية: ٧٣
الثقافة العربية: ٦٨، ٨٦
الثقافة الغربية: ١٥، ٦١، ٦٣، ٦٨، ٧٢،
١٩٤، ٢٠٢
الثقافة القبلية العربية: ٦١
ثورن، بريان: ٤٨

- ج -

جانیه، بيير: ٣١

- ز -

الزهراي، سعد: ٧١

عقدة النقص: ٥٣
العلاج الأدلري: ٢٦، ٣٦، ٥١، ٥٢، ٥٨
العلاج الانفعالي العقلاني: ٣٦، ٥١، ٥٥،
٥٨

- س -

سبرنغر، جاكوب: ٢٩
السيبي، عبد الله: ٦٣، ٦٤، ٧١
السحر: ٦٤

العلاج بالصدمة: ٣٠
العلاج بالفعل: ٣٦، ٥١، ٥٨
العلاج الجشتلتي: ٣٦، ٤١، ٥٠، ٥١،
٥٨، ٥٣

سليمان، أ. م.: ٨٦

سمكن، ج.: ٥١

العلاج الخبراتي: ٣٦، ٤١
العلاج الدينامي: ٣٦
العلاج السلوكي: ٣٦، ٥١، ٥٤، ٥٥،
٥٨

- ش -

شاركوه، مارتن: ٣٠، ٣١
الشربيني، إ.: ٧٣
شركة الزيت العربية الأمريكية (أرامكو):

العلاج العائلي: ٥٢، ٥٧
العلاج المتمركز حول الشخص: ٤٧ - ٤٩،
٥٨

١٧٤، ١٦٥، ١١٨، ٨٣، ٦٣

شولتز، ديوان ب.: ٢٩، ٣٠

شولتز، سيدني إلن: ٢٩، ٣٠

شبيرد، مارتن: ٣٨

العلاج الواقعي: ٥٦ - ٥٨
العلاج الوجودي: ٣٦، ٤١، ٤٤ - ٤٧،
٥٨

علم النفس: ١٤، ٣٢، ١٦٨، ١٨٥

علم النفس الإرشادي: ٢٠، ٣٢، ٣٣

علم النفس الإكلينيكي: ٣٢، ٣٣

علم النفس الإنساني: ٣٥

- ص -

الصحة النفسية: ١٩، ١٩٩

- غ -

غرين، مايكل: ٣٤

- ط -

الطب الحديث: ٦٤

الطب الشعبي: ٦٤

الطب النفسي: ١٤، ٢٨، ٣٠ - ٣٢،

١٦٨، ١٧٢

طريقة برييل: ٨٣

طريقة التداوي الحر: ٣٨

الطويل، أ.: ٨٨

- ف -

فرتز، فريدرك: ٤٩

فرويد، سيغموند: ٣١، ٣٩

الفلسفة الضد - حتمية: ٥٣

فولي، ف.: ٥٢

فيرما، غاجندرا: ٩٧، ١٠٤

- ع -

عبد، ر. ت.: ٧٣

عبد العزيز بن سعود: ٦٣

- ق -

قطاع التعليم: ٨٣، ٩٣

- القلق العصبي: ٤٤
القلق من الموت: ٤٥
القيم الأجنبية: ١٥٣
- ك -**
- كرسي التهذئة: ٣٠
كريم، هينرتش: ٢٩
كورسيني، رايمون ج.: ١٩، ٢٧
كورري، جيرالد: ٣٥، ٣٦، ٤١، ٤٢،
٤٦، ٤٧، ٤٩، ٥٠، ٥٢، ٥٣، ٥٥،
٥٧
- ل -**
- لندزي، غاردنر: ٣٤
لي، س.: ٧٣
لي، مارجوري: ٣٨
ليدي، بول: ٩٧، ٩٨
ليفيتسكي، أ.: ٥٠
- ن -**
- نسبة، ج. د.: ١٠٣
نظام التعليم السعودي: ٨٦
نيلسون - جونز، ر.: ٣٣، ٣٤
- ه -**
- هان، م. إ.: ٢٧
هول، كالفن س.: ٣٤
- و -**
- الوجودية: ٤١، ٤٢، ٤٥ - ٤٧
الوعي الديني: ١٤٨
- ي -**
- اليحيى، فهد: ٦٤، ٧١
يوتيتيف، ج.: ٥١

- م -**
- ماي، ر.: ٤٦، ٤٧
متلازمة العشب الفارغ: ٤٤
المدرسة الجسدية: ٣٠
المدرسة السلوكية: ٣٥
المدرسة النفسية: ٣٠
المرشد الاجتماعي: ١٧٤
المرشد الديني: ١٤٣، ١٥٩، ١٨٨
المرشد السعودي: ٢٢٠
المرشد النظير: ٢١٩
المرشد النفسي: ١٦٥، ١٧٤، ١٨٨